

Beitrittserklärung für Firmen (außerordentliche Mitgliedschaft)

Name der Firma:

Unternehmensgegenstand:

Adresse Firmensitz:

Postfach:

Straße:

PLZ / Ort:

Ansprechpartner:

Titel:

Name: Vorname:

Telefon: Fax:

E-Mail:

Ich bin damit einverstanden, dass die Post der DGAZ an den Ansprechpartner
auch per E-Mail versandt wird. - ja - nein

Bankverbindung für Einzugsermächtigung

Name des Kontoinhabers:

IBAN:

BIC:

Genau Bezeichnung Geldinstitut:

Mitgliedsbeitrag nach Rücksprache mit dem Vorstand

Der Mitgliedsbeitrag für die DGAZ wird von der DGZMK eingezogen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden an (Fensterumschlag)

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V.
c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Sekretariat Frau Gläser
Liebigstraße 12
04103 Leipzig