

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den
Berufsverband Deutscher Dentalhygienikerinnen e.V.

a: als aktives Mitglied gemäß Satzung

Jahresbeitrag 70,-- €

b: als passives Mitglied gemäß Satzung

Jahresbeitrag 40,-- €

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Handy: _____

E-mail: _____

Fax: _____

Im Falle von a - Ausbildung und/oder Fortbildung zur DH

Wann: _____

Wo: _____

Bitte reichen sie mit dem Antrag zur aktiven Mitgliedschaft eine Kopie Ihres Diploms oder Fortbildungszertifikates ein.

Die aktive Mitgliedschaft setzt eine abgeschlossene, in der Satzung festgelegte anerkannte Aus- oder Fortbildung voraus.

Ich erkläre ich mich einverstanden, dass meine Angaben verbandsintern elektronisch gespeichert werden. Bitte senden Sie den Antrag an Frau Marion Günther, Sophienweg 35, 32429 Minden.

Ort und Datum

Unterschrift