

## Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme zur Mitgliedschaft im BDDH e.V.

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | aktive Mitgliedschaft gemäß Satzung      | 80,00 €  |
| <input type="checkbox"/> | passive Mitgliedschaft gemäß Satzung     | 40,00 €  |
| <input type="checkbox"/> | Fördermitgliedschaft (Firmen, Zahnärzte) | 100,00 € |

Die aktive Mitgliedschaft setzt eine abgeschlossene, in der Satzung festgelegte, anerkannte Aus- oder Fortbildung zur Dentalhygienikerin voraus. Bitte reichen Sie mit dem Antrag zur aktiven Mitgliedschaft eine Kopie Ihres Diploms, Bachelorabschlusses oder Fortbildungszertifikates ein.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit 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

## **SEPA – Lastschriftmandat**

Zur Abbuchung des jährlichen Mitgliedsbeitrags ermächtige ich den BDDH e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BDDH auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

---

IBAN / BIC

Kreditinstitut

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00001196369

Mandatsreferenznummer:

---

Ort und Datum

---

Unterschrift