

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

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

- aktive Mitgliedschaft gemäß Satzung 80,00 €
 passive Mitgliedschaft gemäß Satzung 40,00 €
 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.

Persönliche Angaben (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

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.

Persönliche Angaben (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

IBAN / BIC _____ Kreditinstitut _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 43 ZZZ0 0001 1963 69

Mandatsreferenznummer:

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Bestellformular

PARODONTOLOGIE QUINTESSENCE PUBLISHING DEUTSCHLAND

- Ich wünsche die PARODONTOLOGIE Zeitschrift in der Printausgabe per Post. Dazu erteile ich dem BDDH e.V. die Erlaubnis zur Weiterleitung meiner Adressdaten an den Quintessenz Verlag zur Auftragsverarbeitung gem. Art. 28 DSGVO.

Persönliche Angaben (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name _____ Vorname _____

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

BDDH

Berufsverband Deutscher Dentalhygienikerinnen e.V.
Oststraße 26, 48329 Havixbeck

BANK

IBAN: DE 47 3006 0601 0005 9020 53
BIC DAAEDEDXXX

INFO

Steuernummer: 337/5993/1458
www.bddh.info

Einwilligungserklärung der Praxis Ihres Arbeitgebers zur Verlinkung mit der Homepage des BDDH

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Homepage meiner Praxis mit dem BDDH verlinkt werden darf.

Praxis Angaben

Praxisname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Weitere Angaben

Praxis Homepage _____

Name, Vorname des BDDH Mitglieds _____

Ort und Datum _____ Unterschrift des Arbeitgebers _____