

Antrag zur AZD-Mitgliedschaft / Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Aserbaidsschanische Zahnmediziner in Deutschland e.V.

Andere:	
Titel:	
(*)Name:	
(*)Vorname:	
(*)Geburtsdatum:	
(*)Fachrichtung:	
(*)Adresse:	
(*)PLZ:	
(*)Bundesland:	
(*)Telefon Mobil:	(*)Email:

(*)Ausbildung: ☐ ZFA/Zahntechniker ☐ Medizin- oder Zahnmedizinstudent(in) ☐ Zahnarzt/-in ohne Facharztausbildung ☐ Fachzahnarzt/-in ☐ Wissenschaftler/in ☐ Andere (bitte unten angeben):	(*)Anstellung: ☐ Azubi ☐ Assistenz Zahnarzt/-in mit Berufserlaubnis ☐ Assistenz Zahnarzt/-Ärztin mit Approbation ☐ Angestellte/-r Zahnarzt/-in ☐ Oberzahnarzt/-in ☐ Chefzahnarzt/-in ☐ Zahnarzt/in in einem nicht-klinischen Bereich und zwar in:
(*)Datum:	(*)Unterschrift:

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Der aktuelle monatliche Mitgliedsbeitrag ist auf 12 Euro festgesetzt.
Eine monatliche oder jährliche Zahlungsweise ist möglich.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- ☐ monatlich - 12 Euro
☐ jährlich - 120 Euro statt 144 Euro (Sie sparen 16%)
☐ ich bin Student/-in oder Azubi

*Für Auszubildende sowie Zahnmedizinstudenten und –Studentinnen gilt zurzeit ein ermäßigter Jahresbeitrag von **30€**. Voraussetzung für die Inanspruchnahme des ermäßigten Beitrags ist die Vorlage einer gültigen Ausbildungs- bzw. Studienbescheinigung.*

Ich ermächtige den Verein AZD e.V. meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Geldinstitut:	
(*)IBAN:	
BIC:	

Ich versichere die Richtigkeit der angegebenen Daten und werde jede Veränderung der oben genannten Angaben unverzüglich der Aserbaidsschanische Mediziner in Deutschland e.V. mitteilen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

(*)Datum:	(*)Unterschrift:
-----------	------------------