

Antrag zur Aufnahme der Mitgliedschaft im Bundesverband Sportzahnmedizin e.V. (BVSZM)

Hiermit beantrage ich

Titel, Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

die Aufnahme in den BVSZM ab dem: _____ Aufnahmegebühr einmalig einfacher
Jahresbeitrag (60 € / 30 €)

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ aktive Mitglieder (60 € / anno)
- ☐ Erwachsene inaktive und fördernde Mitglieder (Aufnahmegebühr entfällt, der Mitgliedsbeitrag kann auf
Vorstandsbeschluss entfallen)
- ☐ Studenten und Auszubildende (0 € / anno)
- ☐ Ermäßigter Beitrag (30 € / 15 € / 10 € / anno, ab 2. Mitglied pro Zahlungspflichtigen)

Mitglieds-Nr. (bitte nicht ausfüllen)

Über Ihre Aufnahme in den BVSZM wird der Vorstand in der nächsten Sitzung entscheiden. Sie werden zeitnah über den Entscheid Ihres Antrages zur Aufnahme der Mitgliedschaft im BVSZM informiert. Im Falle eines positiven Bescheides überweisen Sie bitte den ausstehenden Betrag (Aufnahmegebühr + Jahresbeitrag) auf das unten aufgeführte Konto. Erst nach Erhalt der Aufnahmegebühr / des Jahresbeitrages wird Ihre Mitgliedschaft wirksam.

KTO:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank Filiale Göttingen
IBAN: DE19 3006 0601 0001 6350 42
BIC: DAAEDEDXXX

Unterschrift / Ort / Datum