



## Mitgliedschaftsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den **Verband Deutscher Dentalhygieniker**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> als aktives Mitglied gemäß Satzung  |                     |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygieniker/in                 | Jahresbeitrag 100 € |
| <input type="checkbox"/> Zahnmed. Prophylaxeassist. – ZMP    | Jahresbeitrag 70 €  |
| <input type="checkbox"/> Zahnmed. Fachassistent/in – ZMF     | Jahresbeitrag 70 €  |
| <input type="checkbox"/> Student/in der Fachhochschule       | Jahresbeitrag 50 €  |
| <br>   |                     |
| <input type="checkbox"/> als passives Mitglied gemäß Satzung | Jahresbeitrag 70 €  |
| <br>   |                     |
| <input type="checkbox"/> als Ehrenmitglied gemäß Satzung     | Jahresbeitrag 0 €   |

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Straße: _____	PLZ, Ort: _____
Telefon privat: _____	Telefon mobil: _____
E-Mail: _____	Fax: _____
Ort und Datum der Aus-/Fortbildung oder Studium: _____	

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Angaben verbandsintern elektronisch gespeichert werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine E-Mailadresse für eine interne Registrierung auf der Website öffentlich bekannt gemacht werden dürfen.

Reichen Sie bitte mit dem Antrag zur aktiven Mitgliedschaft eine Kopie Ihres Fortbildungszertifikats/Diploms oder Ihrer Immatrikulationsbescheinigung ein.

Überweisen Sie bitte den Mitgliedsbeitrag innerhalb von 8 Tagen auf das Konto bei der Raiffeisenbank München:

IBAN: DE31 7016 9466 0000 5634 39

BICC: GENODEF1M03

Senden Sie diesen Antrag bitte an:

Verband Deutscher Dentalhygieniker

Dorfstraße 6

85567 Grafing

E-Mail: [info@verband-deutscher-dentalhygieniker.de](mailto:info@verband-deutscher-dentalhygieniker.de)

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_