

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in den
Verband Deutscher Dentalhygieniker (VDDH)

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> als aktives Mitglied* gemäß Satzung | |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygieniker/in | Jahresbeitrag 100 € |
| <input type="checkbox"/> DH Student/in oder in Weiterbildung | Jahresbeitrag 50 € |
| <input type="checkbox"/> als passives Mitglied gemäß Satzung | Jahresbeitrag 70 € |
| <input type="checkbox"/> als Ehrenmitglied gemäß Satzung | Jahresbeitrag 0 € |

*Bitte eine Kopie Ihres Fortbildungszertifikats/Diploms, oder Ihre Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

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

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

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

Ich habe die Verbandssatzung zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.

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

IBAN: DE31 7016 9466 0000 5634 39

BIC: GENODEF1M03

Ort, Datum & Unterschrift: _____

Senden Sie diesen Antrag bitte an:

Verband Deutscher Dentalhygieniker

Dorfstraße 6

85567 Grafing

info@verband-deutscher-dentalhygieniker.de