

Absender (Name und Praxisadresse):

Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V.
Prof.Dr.Dr. Ingo Springer
Am Wall 55

24103 Kiel

Beitrittserklärung zur Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V. .

Ich bin

- 1. Vertragszahnarzt/ärztin in eigener Praxis
- 2. Vertragszahnarzt/ärztin in einer Berufsausübungsgemeinschaft
- 3. Angestellte/r zugelassene/r Zahnarzt /ärztin bei:
- 4. Ausbildungsassistent/in bei:
- 5. Zahnarzt/ärztin an der Klinik
- 6. Zahnarzt/ärztin ohne aktive Berufstätigkeit oder Rentner/innen ab 01/2024

Der Beitrag für die Gruppen 1-3 beträgt **EUR 35,-- pro Quartal**.

Bis zum Ende des 3. Jahres nach der Zulassung wird mir ein ermäßigter Beitrag von **EUR 25,-- pro Quartal** gewährt. Diese Bestimmung trifft auf mich zu: ja / nein.
Das 3. Jahr endet für mich mit dem Quartal/ 20..... .

Für die Gruppen 4 und 5 beträgt der Beitrag **EUR 25,-- pro Quartal**.

Für die Gruppe 6 beträgt der Beitrag **EUR 10,-- pro Quartal**.

Der Beitrag soll von meinem KZV-Konto abgerufen werden: ja/nein

Mitglieder ohne KZV-Konto zahlen bitte per Dauerauftrag auf Konto der Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V. bei der Apotheker- und Ärztebank Kiel (IBAN: DE 79 3006 0601 0004 4631 61 / BIC: DAAE DE DD XXX).

Ich erkläre mich damit einverstanden, die Einladungen per e-mail zu erhalten.

KZV-Stempel:

Privatadresse/Telefon:

Geburtsdatum:

e-mail-Adresse (bitte leserlich!):

Datum:

Unterschrift:

Bitte die Beitrittserklärung an Prof.Dr.Dr.Springer senden im Fensterumschlag oder per Fax an: 0431 / 99 04 791