

**Vertragsgemeinschaft Freiberuflicher Zahnärztinnen und Zahnärzte in
Schleswig-Holstein e.V.**

p.Adr.: Harald Schrader, Lauenburger Strasse 4, 21493 Schwarzenbek,
Telefon 04151-2944 * Fax 04151-896087 * Mail: harald.schrader@vgfz.de

Aufnahme-Antrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der „Vertragsgemeinschaft freiberuflicher
Zahnärztinnen und Zahnärzte in Schleswig-Holstein e.V.“

Name: _____
Vorname: _____ Titel: _____
Geb.Datum: _____ Approbationsjahr: _____
Fachgebiet: _____

Meine persönlichen Daten teile ich mit der Erlaubnis zur Speicherung und zur
Verwendung innerhalb der VgfZ wie folgt mit:

- Freiberuflich niedergelassene Zahnärztin/Zahnarzt
- Angestellte Zahnärztin/Zahnarzt in freiberuflicher Praxis
- Assistenz Zahnärztin/Zahnarzt in freiberuflicher Praxis

Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Kreisverein: _____
Telefon: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

- Ich habe mich innerhalb der letzten 12 Monate am _____ niedergelassen
und bin daher von der Aufnahmegebühr befreit.
- Die Aufnahmegebühr von € 100 habe ich überwiesen auf das Konto der VgfZ
IBAN: DE62213522400261049706 - BIC: NOLADE21HOL
- Die Aufnahmegebühr in Höhe von € 100 soll von folgendem Konto abgebucht
werden:

Bank: _____
BIC: _____
IBAN: _____

Ein monatlicher Beitrag wird zur Zeit nicht erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift