



Antrag auf Mitgliedschaft

Z.A.P.F. e.V.
Zahnärztlicher Arbeitskreis für
Praxisführung und Fortbildung e.V.
Großer Lückenweg 13

Bitte Lichtbild beifügen, so zur Hand
Kann auch später nachgereicht werden!

75175 Pforzheim

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Z.A.P.F. e.V.
(Zahnärztlicher Arbeitskreis für Praxisführung und Fortbildung e.V.):

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtstag: _____ Fernruf: _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefax: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift / Stempel

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Zahnärztlichen Arbeitskreis für Praxisführung und Fortbildung (kurz: Z.A.P.F. e.V.) den vierteljährlichen Beitrag in Höhe von derzeit 90,-- € (Stand April 2016) ab sofort von meinem unten benannten Konto abzubuchen, bei der

Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum:

Unterschrift / Stempel