



**ZÄF – Region Passau e.V.** Gemeinnützigkeit anerkannt

**Zahnärztlicher Förderkreis – von und für uns**

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die

**aktive**  
(Zahnärzte)

**fördernde**  
(Zahntechniker, ZFA, dentale Dienstleister, Verbände)

**Mitgliedschaft im Zahnärztlichen Förderkreis der Region Passau e.V.** zum laufenden Geschäftsjahr. Die Mitgliedschaft ist unbefristet und kann laut Satzung mit einer Frist von 6 Wochen jeweils zum Jahresende gekündigt werden.

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname
_____		_____
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
_____	_____	_____
Telefon	Fax	E-Mail

**Mitgliederbeitrag** (laut Beitragsordnung vom 11.12.2013):

- regulärer Beitrag : 100,- € pro Jahr  
(für Selbständige, angestellte ZahnärztInnen und fördernde Mitglieder)
- ermäßigter Beitrag: 50,- € pro Jahr  
(für  VorbereitungsassistentInnen  RuheständlerInnen)

bitte Zutreffendes ankreuzen, der Nachweis für die Voraussetzungen für den ermäßigten Beitrag muss aktiv und unaufgefordert vom Mitglied bis zum 31.01. jeden Jahres erbracht werden.

Bitte noch unterschreiben und per **Fax** senden an **0851 – 490 57 27**,  
oder einen Scan per **Mail** senden an [alex.hartmann@web.de](mailto:alex.hartmann@web.de)

Der Vorstand entscheidet bei seiner nächsten regulären Sitzung über die Aufnahme. Mit der Aufnahme in den Verein wird ihnen eine Satzung des Vereins zugesandt.

\_\_\_\_\_

Datum	Ort	Unterschrift
-------	-----	--------------

