



## Beitrittserklärung

Vielen Dank für Ihr Interesse.

Der Rosenheimer Arbeitskreis für Zahnärztliche Fortbildungen bezweckt den Austausch der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Zahn- Mund- und Kieferheilkunde und dient der Förderung von Wissenschaft und Forschung.<sup>1</sup>

Die folgenden Angaben sind ausschließlich zur Verwaltung dieses Vereins von Nöten. Bitte füllen Sie möglichst alle Felder aus. Selbstverständlich bleiben Ihre Angaben streng vertraulich. Bitte schicken sie uns Änderungen sofort, das erleichtert uns die Arbeit deutlich.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beitritt mit Wirkung zum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Der Verein deckt seine Kosten durch Beiträge und Umlagen, die auf Vorschlag des Vorstandes von der Mitgliederversammlung festgesetzt werden.<sup>2</sup>

Der Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbeitrag und beträgt **49 €**. Er wird am Anfang des Jahres per Lastschrift eingezogen.

Das Beenden einer Mitgliedschaft ist gegenüber dem Vorstand des Vereins durch eingeschriebenen Brief zu erklären; der Austritt wird jeweils nur zum Ende eines Kalenderjahres wirksam.<sup>3</sup>

Eine Kopie der Vereinssatzung kann bei der unten genannten Adresse angefordert werden.<sup>4</sup>Die Anmeldung zu Kursen des Vereins erfolgt schriftlich mit Hilfe der dafür vorgesehenen Karte. Zur Vereinfachung kann das Anmeldeformular auch gefaxt oder per E-Mail zugesendet werden.

Wir freuen uns auf Sie!

<sup>1</sup> Auszug aus der Vereinssatzung § 1 Zweck des Vereins

<sup>2</sup> Auszug aus der Vereinssatzung § 6 Beiträge

<sup>3</sup> Auszug aus der Vereinssatzung § 4 Mitgliedschaft

<sup>4</sup> Rosenheimer Arbeitskreis f. zahnärztliche Fortbildung e.V. c/o Dr. Dieter-Alois Brothag, Haidmühlstr. 30, 83714 Miesbach, Tel. 0151/19383869, Fax 08025-9264685, E-Mail: anmeldung@ro-ak.de



## Ermächtigung zu Einzug von Forderungen durch Lastschriften

**An:** (Zahlungsempfänger)  
Rosenheimer Arbeitskreis  
f. zahnärztliche Fortbildung e.V.,  
c/o Dr. Brothag,  
Haidmühlstr. 30  
83714 Miesbach

\_\_\_\_\_  
Name Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Plz. Ort

Hiermit ermächtige(n) ich / wir den Rosenheimer Arbeitskreis f. zahnärztliche Fortbildung e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen für

- Jahresbeiträge
- Kursgebühren

Bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Girokontos

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ en des / der Zahlungspflichtigen