



Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Liebigstraße 12
04103 Leipzig

Aufnahmeantrag
Zahnärzte/ Ärzte/ Zahntechniker/ Zahnmedizinische Helferinnen
zur Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Land: _____ Bundesland: _____

Mobiltelefon: _____ Festnetz: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

selbständig

angestellt

Dienstadresse:

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Bankverbindung für Einzugsermächtigung / SEPA Lastschrift

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Bankinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Der Mitgliedsbeitrag wird per Bankeinzug erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird jährlich eine Bearbeitungsgebühr von 5,00 € erhoben.

Bitte fügen Sie diesem Antrag eine einfache Kopie der Approbationsurkunde bei.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stempel