

# JA, ich möchte Mitglied im BVAZ werden!

**So einfach geht es: ausdrucken, ausfüllen, faxen!**

Ja, ich möchte Mitglied des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte in Deutschland BVAZ werden!

Der Beitrag beträgt 10.- pro Monat.

Der Bezug der Mitgliederzeitschrift „Der Allgemeinzahnarzt“ wie auch Zugang zu den geschützten Bereichen der Internetseite [www.bvaz.de](http://www.bvaz.de) sowie die E-Mail-Newsletter sind in diesem Beitrag enthalten.

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... Adresszusatz: .....

PLZ/Ort: ..... Telefon: .....

Geburtsdatum: ..... Fax: .....

Für unseren E-Mail-Newsletter: ..... E-Mail-Adresse: .....

Datum, Unterschrift: .....

Ich bin Student\* / Assistent\* / im Ruhestand\* und deshalb beitragsfrei gestellt.

(\*Nachweise liegen bei)

Ich bin damit einverstanden, dass der Rechnungsbetrag jährlich von meinem Konto eingezogen wird. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen

Konto: ..... BLZ: .....

Kontoinhaber: ..... Unterschrift: .....

**Coupon ausfüllen und per Fax an: 089-361 00 294**

**Oder per Post an: BVAZ - Fritz-Hommel-Weg 4 - 80805 München**