

Dr. S. Christiansen-Koch
Waltraudstraße 34

14169 Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft

in der Gesellschaft für Kieferorthopädie von Berlin und Brandenburg e.V.

Titel:

Vorname:

Name:

Anschrift:

Postleitzahl / Ort:

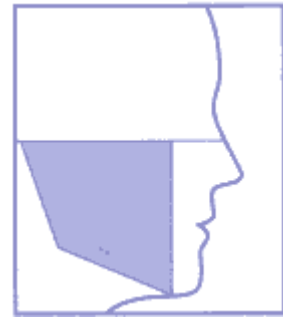
Land:

Telefon:

Fax:

eMail:

Geburtsdatum:



Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**
- Weiterbildung zum Fachzahnarzt für
Kieferorthopädie**
- Kieferorthopädisch interessierter
Zahnarzt**
- Andere Fachdisziplin:**

Beginn:

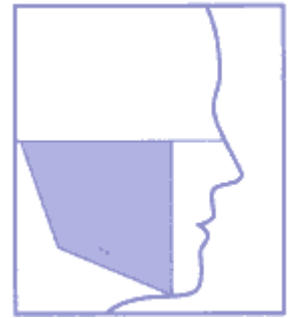
Ende:

.....

.....

.....

Ort, Datum, Unterschrift



Bankeinzug:

Der Jahresbeitrag von **€ 75,00** wird im Voraus per Bankeinzug erhoben.

Kontoinhaber:

Kontonummer:

BLZ:

Geldinstitut:

Hiermit erteile ich der Gesellschaft für Kieferorthopädie von Berlin und Brandenburg e.V. die Erlaubnis, bis auf Widerruf die fälligen Jahresbeiträge im Lastschrift-Einzugsverfahren von meinem Konto einzuziehen.

.....

Ort, Datum, Unterschrift