

**Per Post oder Fax an:**

Bundesverband Zahnmedizinischer Versorgungszentren  
c/o Lyck + Pätzold Medizinanwälte  
Nehringstr. 2  
61352 Bad Homburg

**Antwortfax: 06172-139966**

**Aufnahmeantrag**

**Bundesverband Zahnmedizinischer Versorgungszentren BV-ZMVZ**

Vorname:		Name:	
Geburtsdatum			
Straße:		Telefon:	
PLZ/Ort:		E-Mail:	
Praxisname/Unternehmensname:			
Anzahl der Berufsträger in der Praxis, bzw Mitarbeiter im Unternehmen:			

Als Mitglied melde ich an:

- Mich als ordentliches Mitglied
- Meine Praxis/ Berufsausübungsgemeinschaft/ ZMVZ
- Das o.g. Unternehmen als Fördermitglied

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültigen Satzung und Beiträge des Bundesverband Zahnmedizinischer Versorgungszentren als verbindlich an. Die Satzung wurde mir mit diesem Mitgliedsantrag übersandt.

Ort : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) : \_\_\_\_\_

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung personenbezogener Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Der Verwendung von Bildern ausschließlich im Zusammenhang mit Aktivitäten des Vereins stimme ich zu.

Ort : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) : \_\_\_\_\_

## SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige den BV-ZMVZ, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem BV-ZMVZ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname und Name): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift (Kontoinhaber)

## Hinweise zur Beitrittserklärung

Der Mitgliedsbeitrag ergibt sich aus der Beitragsordnung des BV-ZMVZ wie folgt:

### Aufnahmegebühr:

ordentliche Mitglieder und Fördermitglieder: € 500,--

### Mitgliedsbeitrag

Beitragsklasse A – Einzelzahnarzt € 500,--

Beitragsklasse B – BAG € 750,--

Beitragsklasse C – ZMVZs € 750,--

Nichtzahnärztliche ordentliche Mitglieder € 500,--

### Fördermitglieder:

Beitragsklasse I – Einzelpersonen € 2.000,--

Beitragsklasse II – Unternehmen bis 50 Mitarbeiter € 1.000,--

Beitragsklasse III – Unternehmen bis 250 Mitarbeiter € 2.000,--

Beitragsklasse IV – Unternehmen bis 500 Mitarbeiter € 3.000,--

Beitragsklasse V – Unternehmen ab 501 Mitarbeiter € 4.000,--

Der Mitgliedsbeitrag ist ab dem 1. des Monats zu zahlen, in dem die Aufnahme beantragt wird.

Für den Fall des Austritts aus unserem Verein weisen wir darauf hin, dass dieser nach § 7. Abs. 2. der Satzung nur **schriftlich** zum Ende eines Kalenderhalbjahres zulässig und bis zum 30.09. des jeweiligen Jahres dem Vorstand gegenüber zu erklären ist. Zum 31.12. endet in diesem Fall auch die **Beitragspflicht**.