



# Antrag auf Mitgliedschaft

Z.A.P.F. e.V.  
Zahnärztlicher Arbeitskreis für  
Praxisführung und Fortbildung e.V.  
Großer Lückenweg 13

Bitte Lichtbild beifügen, so zur Hand  
Kann auch später nachgereicht werden!

75175 Pforzheim

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Z.A.P.F. e.V.  
(Zahnärztlicher Arbeitskreis für Praxisführung und Fortbildung e.V.):

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Fernruf: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel

## SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Zahnärztlichen Arbeitskreis für Praxisführung und Fortbildung (kurz: Z.A.P.F. e.V.) den vierteljährlichen Beitrag in Höhe von derzeit 90,-- € (Stand April 2016) ab sofort von meinem unten benannten Konto abzubuchen, bei der

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift / Stempel