



Zahnärztlicher Arbeitskreis für
Praxisführung und Fortbildung e.V. (Z.A.P.F.)

Antrag auf Mitgliedschaft

Z.A.P.F. e.V.
zahnärztlicher Arbeitskreis für
Praxisführung und Fortbildung e.V.
Nibelungenstr. 1 A

75179 Pforzheim

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtstag: _____ Fernruf: _____

E-Mail-Adresse: _____

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 120,-- € (Stand April 2023) ab sofort von meinem unten benannten Konto abzubuchen, bei der

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____