

Beitrittserklärung VFwZ

Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern e. V.



Seit über 35 Jahren steht der von Prof. Dr. mult. Dieter Schlegel gegründete Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern e. V. für die intensive fachliche Kommunikation zwischen Praxis und Universitätskliniken in allen Bereichen der Zahnmedizin.

Verfolgt werden ausschließlich gemeinnützige Zwecke durch

- Finanzielle Förderung der Fortbildung von Assistenten (Stipendiaten) der Bayerischen Zahn-, Mund- und Kieferkliniken
- Pflege der wissenschaftlichen und fachlichen Kontakte der Mitglieder zu den Universitätskliniken in Bayern
- Ausbau internationaler Kontakte zum Wissensaustausch im Interesse der Vereinsziele
- Förderung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben in Bayern

Ein weiterer Schwerpunkt der Vereinstätigkeit liegt in der Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen mit anerkannten Referenten aus allen Gebieten der Zahnheilkunde. Die Veranstaltungen werden für unsere Mitglieder zu stark reduzierten Gebühren angeboten und greifen aktuelle und teilweise kontrovers diskutierte Themen auf. Die bayerischen Universitätskliniken stellen darüber hinaus regelmäßig ihre Forschungsprojekte vor. Unsere Mitglieder können sich jederzeit über die anstehenden Fachentwicklungen orientieren und deren Praxisrelevanz hinterfragen.

Mit dem Jahresbeitrag von **95,00 €** unterstützen Sie die in der Vereinsatzung umrissenen Ziele des Fördervereins. Studenten der Zahnmedizin bezahlen einen stark reduzierten Jahresbeitrag von 12,00 €. Der Mitgliedsbeitrag kann steuerlich geltend gemacht werden.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum VFwZ e. V.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. / Fax / E-Mail _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern e. V. (VFwZ e. V.), Mitgliedsbeiträge und Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VFwZ e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Praxiskonto Privatkonto

Kontoinhaber/in _____ Kreditinstitut _____

IBAN _____ BIC _____

Gläubiger-ID DE87ZZZ00000393581

Mandatsreferenz: Erhalt mit der Vorankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification).

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.

Ort, Datum, Unterschrift

Die geschäftsmäßige Verarbeitung Ihrer angegebenen Kontaktdateninformationen für dieses Formular erfolgt nach Art. 6 (1) f. DSGVO an den FwWZ, Flößergasse 1, 81369 München. Sie können jederzeit der Nutzung Ihrer Daten unter untenstehender Anschrift widersprechen. Ihre Daten werden zum Zweck der Mitgliederverwaltung und der Information der Mitglieder – nicht für werbliche Zwecke – verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter <http://www.vfwz.de/datenschutz>.

Beitrittserklärung bitte ausgefüllt an:

VFwZ in Bayern e.V.
Flößergasse 1, 81369 München
info@vfwz.de