



Zahnärztliche Initiative SOW e. V.
z. Hd. Herrn Za. Andreas Vieweg
Feldstraße 11
57290 Neunkirchen
Fax: 02735-6199706

VORSTAND

ZA. JOACHIM HOFFMANN
ZA. ANDREAS VIEWEG
DR. DOROTHEE KEMPER
DR. NORBERT BAAKE
DR. MARKUS HOBERG
DR. AIK SCHULTZE
DR. HENNING SCHWARZ

Mitgliedsantrag ZSOW

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft zur
Zahnärztlichen Initiative Siegen – Olpe – Wittgenstein.

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Tel. Praxis _____ Fax Praxis _____

Email _____

Hiermit ermächtige ich die Zahnärztliche Interessengemeinschaft SOW e.V.
widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge (von z. Zt. 15 € monatlich
nach Beschluss der Mitgliederversammlung) bei Fälligkeit zu Lasten meines
Kontos mit den folgenden Daten per Lastschrift einzuziehen:

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Bankinstitut _____

Abbuchung

monatlich
(15,00 €)

halbjährlich
(90,00 €)

jährlich
(180,00 €)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden
Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren
nicht vorgenommen.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift

I. VORSITZENDER
ZA. JOACHIM HOFFMANN
WÜRDINGHAUSER STR. 48
57399 KIRCHHUNDEM
TEL: 0 27 23 / 97 93 97
FAX: 0 27 23 / 97 93 98
PRAXIS@AZHOFFMANN.DE
WWW.ZSOW.DE