



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. SVEN HOFFMANN

**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

1. VORSITZENDER  
ZA. JOACHIM HOFFMANN  
WÜRDINGHAUSER STR. 48  
57399 KIRCHHUNDEM  
TEL: 027 23 / 97 93 97  
FAX: 027 23 / 97 93 98  
PRAXIS@AZHOFFMANN.DE  
WWW.ZSOW.DE