



# Fördergemeinschaft Zahnmedizin an der Universität Witten/Herdecke e.V.

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Fördergemeinschaft, damit unterstütze ich die Studierenden, ihre Ausbildung und das Department Zahnmedizin.

persönliche Angaben:

\_\_\_\_\_  
Anrede, Titel

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
private Anschrift: Straße

\_\_\_\_\_  
private Anschrift: PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
private Anschrift: Land

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
berufliche Anschrift: Straße

\_\_\_\_\_  
berufliche Anschrift: PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
berufliche Anschrift: Land

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

## SEPA Lastschriftmandat

Der Jahresbeitrag (zur Zeit € 150,00) wird jeweils im März eingezogen.

Hiermit ermächtige ich die Fördergemeinschaft widerruflich, den von mir zu entrichtenden Vereinsbeitrag jährlich zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum die Rückerstattung verlangen, dabei gelten die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoverbindung bei Bank oder Sparkasse (bitte genaue Bezeichnung eintragen!)

IBAN:

\_\_\_\_\_  
Name, Institut oder Praxis

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers/Verfügungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Kontoverfügungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name der Bank oder Sparkasse

Dieses Formular ausgefüllt einsenden an:  
Fördergemeinschaft Zahnmedizin  
Prof. W. Arnold, Geschäftsführer  
Alfred-Herrhausen-Str. 50  
58448 Witten

