



Beitrittsantrag Mitgliedschaft zahntechnisches Labor

European Dental Association (EDA)

Name Labor

Geschäftsführer
(-in) Vorname

Geschäftsführer
(-in) Nachname

Geburtsdatum

Straße / Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

Telefon

Fax

Web Adresse

Email

Mitarbeiteranzahl: 1-5 (jährl. 200 Euro) 6-10 (jährl. 500 Euro) 11-20 (jährl. 1000 Euro)

Bei Aufnahme wird der jährliche Beitrag per SEPA Lastschriftverfahren eingezogen.

European Dental Association e.V. | Füssener Str. 25 | D – 87437 Kempten

Gläubigeridentifikationsnummer: DE35ZZZ00001061101

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA- Lastschriftmandat

Ich ermächtige die European Dental Association e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der European Dental Association auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Firma, Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Land, PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift