



# 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