



Glockengasse 6
5020 Salzburg

ZVR-Zahl: 796894690

Aufnahmeantrag

Hiermit ersuche ich um Aufnahme in den Verein niedergelassener Zahnärzte Salzburg.

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Ich werde den jährlichen Mitgliedsbeitrag (derzeit Euro 90,--) umgehend nach Erhalt der Beitragsrechnung an Sie anweisen. Aufnahmegebühr brauche ich keine zu leisten.

Ort, Datum

Unterschrift + Ordinationsstempel

Nach Eingang Ihres Aufnahmeantrags werden wir Ihnen die Statuten automatisch zusenden.
Ihr Ansprechpartner für Rückfragen: der Obmann des Vereins DDr. Hönlinger oder Frau Bauer
-Landeszahnärztekammer Salzburg Tel. 0505115027