



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Genauere Praxisbezeichnung:

Telefon:

Titel:

Name:

Vorname:

Fax:

Straße:

Nr.:

E-Mail:

PLZ:

Ort:

Homepage:

FZA für KFO seit:

Antrag auf Mitgliedschaft im

Verein Sächsischer Kieferorthopäden e.V.

Ich möchte Mitglied des Vereins Sächsischer Kieferorthopäden e.V. werden,

die Aufnahmegebühr in Höhe von 100,00 Euro
und der Jahresbeitrag in Höhe von 50,00 Euro

werden entsprechend der Satzung des Vereins eingezogen.

Unterschrift

Datum

Ort