

**Anmeldebogen für den KZK**

<b>Basisdaten</b>	Name	
	Vorname	
	Titel	
	Eintrittsdatum	
<b>Status</b>	Einzelpraxis (ja/nein)	
	Gemeinschaftspraxis mit (Name)	
	Praxisgemeinschaft mit (Name)	
	Assistent bei (Name)	
	Fachpraxis für (Bezeichnung)	
<b>Privatanschrift</b>	Straße / Hausnummer	
	PLZ	
	Wohnort	
	Telefonnummer	
	Mobil	
	E-Mail	
	Für Kollegen verfügbar (ja/nein)	
	Geheim, nur KZK-Vorstand bekannt (ja)	
<b>Praxisanschrift</b>	Straße / Hausnummer	
	PLZ	
	Praxisort	
	Praxis-Telefonnummer	
	Praxis-Faxnummer	
	Praxis-Mobilnummer	
	Praxis-E-Mail	
	Praxis-Homepage	
	KZV Stempelnummer	
<b>Bankverbindung</b>	Institut	
	IBAN	
	BIC	
<b>KZK Homepage</b>	gewünschtes Passwort	
<b>Mitgliederbereich</b>	gewünschter Benutzername	

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Besonders wichtig ist eine e-Mail Adresse !!! Nach erfolgter Unterschrift senden Sie es per Mail (Scan) an [info@krefelder-zahnaerzte.de](mailto:info@krefelder-zahnaerzte.de) oder per Fax an 02151-788112 oder an die aktuelle Adresse des 1. Vorsitzenden

Hiermit erteile ich dem Krefelder Zahnärztekreis die Vollmacht, bis auf Widerruf meinen Mitgliedsbeitrag und Vereinsumlagen von meinem o.g. Konto abzubuchen.

Ort, Datum.

Unterschrift

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.