

**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

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.