

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft (§ 13 der Satzung) der Hessischen Zahnärzte-Versorgung

Name
Mitgliedsnummer
Straße
Postleitzahl, Ort
Telefon / E-Mail

Ich stelle den Antrag auf **freiwillige Mitgliedschaft** in der Hessischen Zahnärzte-Versorgung.

Datum Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft
--

Zutreffendes bitte auswählen

beitragsfrei
unter Zahlung des jeweiligen monatlichen Pflichtbeitrages
den monatlichen maximalen Beitrag (derzeit EUR 1.131 bzw. ab dem 61. Lebensjahr EUR 566,00)
Individueller Beitrag monatlich EUR

Eine Pflichtmitgliedschaft in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk im Bundesgebiet besteht zurzeit nicht.

Über die Wiederaufnahme zahnärztlicher Tätigkeit bitten wir sie uns zeitnah zu informieren.

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift Antragsteller/in
-----	-------	-----------------	-------------------------------