

## Beitrittserklärung

Bitte in geschlossenem Umschlag  
an folgende Adresse senden:

dental excellence  
Generalsekretariat  
Jakob-Strobl-Straße 11  
86925 Fuchstal  
GERMANY



Hiermit beantrage ich

.....  
Name, Vorname

.....  
Firma

.....  
Straße | Nummer

.....  
PLZ | Ort

.....  
Land

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefon

.....  
Email

**die Mitgliedschaft im**

**»dental excellence international laboratory network e.V.« als**

**Gastmitglied**  
(€ 300.- pro Jahr)

**Vollmitglied**  
(€ 500.- pro Jahr)

.....  
IBAN

.....  
Bankinstitut

.....  
BIC

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ0000863355

Mandatsreferenz: wird Ihnen von uns separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger »dental excellence international laboratory network e.V.« Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger »dental excellence« auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis**

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
Ort | Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber