



ZAHNÄRZTLICHER ALUMNIVEREIN
DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN E.V.

Bitte an folgende Anschrift senden:

ZÄ Alumniverein LMU e.V.
Goethestr. 70
80336 München

Mitgliedschaft Zahnärztlicher Alumniverein der Ludwig-Maximilians-Universität München e.V.

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Zahnärztlichen Alumniverein der Ludwig-Maximilians-Universität München e.V. und verpflichte mich zu einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von

- 50 Euro regulärer Mitgliedsbeitrag
- 30 Euro Assistenzzeit (die ersten zwei Jahre nach Approbation) *
- 30 Euro Studentische Mitglieder und Senioren/innen *

* ein entsprechender Nachweis ist dem Mitgliedsantrag beizulegen

Persönliche Angaben

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel
Nachname		Abschlussjahr
Vorname		Spezialisierung
Geburtstag		E-Mail
Strasse		
PLZ, Ort		

SEPA-Lastschriftmandat

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Bankkonto abgebucht wird, solange ich nicht widerrufe. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass – bei einer von mir verschuldeten Rücklastschrift – die anfallenden Gebühren meinem Konto belastet werden.

Institut
IBAN
SWIFT-BIC
Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend)

Ort, Datum:

Unterschrift: