

# Zaff e.V.

## Zahnärzte für Frechen

Vorsitzender  
Dr. Jan Wienands  
50226 Frechen  
Dr. Tusch Str. 24  
Tel 02234-15777  
www.zaff.de

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Initiative ZAFF e.V., Zahnärzte für Frechen.

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

Die Satzung der ZAFF e.V. habe ich zur Kenntnis genommen und werde mich als Mitglied des Vereins entsprechend der Satzung verhalten. Für das Jahr des Eintritts verzichte ich auf das Recht der Kündigung nach § 3, Absatz 4, Punkt b) der Satzung.

Die Aufnahmebeitrag beträgt 100,- €.

Der Jahresbeitrag beträgt zur Zeit 80,- €. Der volle Jahresbeitrag fällt auch bei Eintritt innerhalb eines Kalenderjahres an.

Die Datenschutzregelung des ZAFF e.V. habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit derselben einverstanden.

Frechen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bankverbindung der ZAFF:

Kontoinhaber  
IBAN:  
BIC:  
Bank

ZAFF e.V.  
DE18 3705 0299 0141 2702 10  
COKSDE33XXX  
Kreissparkasse Köln

Aufnahmeantrag erhalten am: \_\_\_\_\_

Aufnahme wird befürwortet: \_\_\_\_\_

Aufnahme ab dem: \_\_\_\_\_



**ZAHNÄRZTE FÜR FRECHEN e.V.**

Postfach 2008  
50210 Frechen

www.zaff.de

**Dr. Ulrich Saerbeck MSc**  
Schatzmeister  
Hasenweide 77  
50226 Frechen  
Tel: 02234-52579

Vorsitzender  
Dr. Jan Wienands

## SEPA – Lastschriftmandat

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige den Verein **Zahnärzte für Frechen (ZAFF) e.V.** Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von den Verein **Zahnärzte für Frechen (ZAFF) e.V.** auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsempfänger: Zahnärzte für Frechen e.V.  
Gläubiger ID: DE48ZZZ00001418603  
IBAN: DE18 3705 0299 0141 2702 10  
BIC: COKSDE33XXX

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift