



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum – ZAB -zahnärztlichen Förderverein „Altkreis Büdingen“ e.V. –

Name: **Vorname:**

Ort: **Straße:**

Gleichzeitig erteile ich Vollmacht, den Jahresbeitrag in Höhe von 120,-Euro von meinem

Konto Nr. _____ bei der

_____ BLZ _____ abbuchen zu

lassen.

Die Beitragspflicht beginnt mit dem Beitrittsmonat.

Verpflichtungserklärung

Die Mitglieder des zahnärztlichen Fördervereins „Altkreis Büdingen“ streben eine intensivere Kooperation und Kollegialität an.

Verpflichtungen:

Um die in der Satzung niedergelegten Ziele zu erreichen, verpflichten sich die Mitglieder des zahnärztlichen Fördervereins „Altkreis Büdingen“ zu folgendem:

- a) mit keiner Krankenkasse, weder mit GKV noch PKV einen individuellen Vertrag abzuschließen,
- b) engere Kooperation untereinander; d.h. Patienten, die ihnen von Kollegen der Gemeinschaft überwiesen werden oder die sie im Präsenz- oder Notdienst versorgen, nicht abzuwerben,
- c) sich untereinander (im Einverständnis des Patienten) in ausreichendem Maße durch Arztbrief oder Kurzbrief zu informieren,
- d) regelmäßige Teilnahme an Fortbildungs- u. Informationsveranstaltungen, Arbeitsgemeinschaften und Konferenzen.

Der Unterzeichner stimmt ferner zu, dass sein Name mit den Namen anderer Mitglieder in regionalen / überregionalen Zeitungen veröffentlicht werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift