

Absender (Praxisadresse):

Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V.  
Dr. Michael Brandt  
Forstweg 14

24105 Kiel

**Beitrittserklärung zur Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V.**

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V. .

Ich bin

- 1. Vertragszahnarzt in eigener Praxis
- 2. Vertragszahnarzt in einer Gemeinschaftspraxis
- 3. Angestellter zugelassener Zahnarzt bei: .....
- 4. Ausbildungsassistent bei: .....
- 5. Zahnarzt an der Klinik
- 6. Zahnarzt ohne aktive Berufstätigkeit

Der Beitrag für die Gruppen 1-3 beträgt EUR 20,-- pro Quartal.

Bis zum Ende des 3. Jahres nach der Zulassung wird mir ein ermäßigter Beitrag von EUR 10,-- pro Quartal gewährt. Diese Bestimmung trifft auf mich zu: ja / nein.

Das 3. Jahr endet für mich mit dem Quartal ...../ 20.....

Für die Gruppen 4 und 5 beträgt der Beitrag EUR 10,-- pro Quartal.

Die Gruppe 6 ist beitragsfreies Mitglied.

Der Beitrag soll von meinem KZV-Konto abgerufen werden.

**Mitglieder ohne KZV-Konto zahlen bitte per Dauerauftrag auf Konto:  
000 446 31 61 bei der Apotheker- und Ärztebank Kiel, BLZ 300 606 01.**

Ich möchte die Einladungen per e-mail erhalten: ja/nein

KZV-Stempel:

Privatadresse/Telefon:

Geburtsdatum:

e-mail-Adresse:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte diese Beitrittserklärung an Dr.Brandt absenden im Fensterumschlag oder per Telefax an: 0431 / 57 80 80