ZAHNÄRZTLICHE ARBEITSGRUPPE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN NIEDERSACHSEN E.V.

B e i t r i t t s e r k l ä r u n g

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft zur Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e. V.:

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift

.....
Telefon E-Mail

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

IBAN_____BIC_____

bei_____
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

durch Lastschrift einzuziehen.

Freistellungsbescheid laut Finanzamt Hannover-Nord vom 17.04.2018 (Steuernummer 25/206/36496) wegen Förderung der Zahngesundheit von Behinderten als gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt und nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 von Körperschaftssteuer befreit.
Zugewendeter Betrag wird nur zu satzungsmäßigen Zwecken (Behindertenhilfe) verwendet.

....
Ort, Datum Unterschrift

Vorsitzender: Dr. Wilhelm Bomfleur, Schüttorf
Vorstand: Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, ZKN - Dr. Thomas Nels, KZVN - Dr. R. Cording, Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin Niedersachsen – Dr. Michael Sostmann, Vertreter des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden – Dr. Reinhard Schilke, MHH – Anna-Lena Hillebrecht, Uniklinik Göttingen - Dr. Margarita Harmuth, Landkreis Osnabrück, - Facharzt Lutz Stegemann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Niedersachsen

Bankverbindung: Commerzbank Hannover-Südstadt, IBAN: DE33250400660420808800, BIC: COBADEFFXXX