

## Beitrittserklärung

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 gemeinnützigem 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. Harald Pötter, Landkreis Osnabrück, - Facharzt Lutz Stegemann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Niedersachsen

**Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover, IBAN: DE11 3006 0601 0005 5394 36, BIC: DAAEDEDXXX**