

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft zur Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e. V. Der Jahresbeitrag beträgt 24,-- €:

.....
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 21.05.2021 (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.
Der zugewendete Betrag wird nur zu satzungsmäßigen Zwecken verwendet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift