

# Antrag zur Aufnahme in die Hildesheimer Initiative für Zahngesundheit e.V. (HIZ)

Hiermit stelle(n) ich (wir) den Antrag auf Aufnahme in die HIZ. Die Satzung ist mir (uns) bekannt. Ich (wir) möchte(n) aufgenommen werden als:

- ordentliche(s) Mitglied(er)  
 fördernde(s) Mitglied(er)

*Bitte alle Daten vollständig und in Druckbuchstaben eintragen!*

Persönliche Daten für ordentliche Mitgliedschaft:

1. Antragsteller:	(Ehe-)Partner(in) (bei Doppelmitgliedschaft):
Name: .....	Name: .....
Vorname: .....	Vorname: .....
Titel: .....	Titel: .....
KZVN-Abr.-Nr: .....	KZVN-Abr.-Nr: .....
Straße Praxis: .....	Straße Praxis: .....
PLZ Praxis: .....	PLZ Praxis: .....
Ort Praxis: .....	Ort Praxis: .....
Tel. Praxis: .....	Tel. Praxis: .....
Fax Praxis: .....	Fax Praxis: .....
Tel. Privat (opt.): .....	Tel. Privat (opt.): .....
Fax Privat (opt.): .....	Fax Privat (opt.): .....
Handy (opt.): .....	Handy (opt.): .....
E-Mail: .....	E-Mail: .....
Geburtstag: .....	Geburtstag: .....

Persönliche Daten für fördernde, beitragsfreie Mitgliedschaft (s. Satzung; bitte auch die Angaben zu Ihrem Arbeitgeber):

förderndes Mitglied:	Arbeitgeber (bei Vorbereitungsassistenten):
Name : .....	Name: .....
Vorname : .....	Vorname: .....
Titel : .....	Titel: .....
Beruf : .....	
Straße : .....	Straße: .....
PLZ Ort: .....	PLZ Ort: .....
Tel.: .....	Tel.: .....
Fax: .....	Fax: .....
Handy (opt.): .....	Handy (opt.): .....
E-Mail: .....	E-Mail: .....
Geburtstag: .....	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Antragsteller(in)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Ehe-)Partner(in)

Ich (wir) stimme(n) zu, dass die einmalige Aufnahmegebühr (EUR 150) und die Monatsbeiträge (in 2018 EUR 50,00) von der HIZ im Lastschriftverfahren eingezogen werden. Die Aufnahmegebühr wird sofort nach Aufnahme in die HIZ eingezogen, die Monatsbeiträge jeweils quartalsweise im Voraus. Für ausreichende Deckung auf dem angegebenen Konto werde(n) ich (wir) sorgen:

Daten für Bankverbindung:

Name der Bank: .....

Ortssitz der Bank: .....

IBAN o. Kontonummer: .....

BIC o. BLZ: .....

Kontoinhaber  
Name, Vorname: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Entweder per **Brief** senden an:  
(die Falzungsmarken sind passend für Fensterbriefumschläge)

HIZ c/o Dr. L. Riefenstahl · Breite Str. 2B · 31028 Gronau

**Hildesheimer Initiative f. Zahngesundheit e.V.**  
**c/o Dr. Lutz Riefenstahl**  
**Breite Str. 2B**  
  
**31028 Gronau**

**(0 51 82) 92 17 12**

**... oder per Telefax senden an:**

# **Solidaritätsstärkungserklärung (SSE)**

der Zahnärztinnen und Zahnärzte, Kieferorthopädinnen und  
Kieferorthopäden und der Kieferchirurgen

in der

Hildesheimer Initiative für Zahngesundheit eV

**Der Unterzeichner möchte dazu beitragen, die bestehende Solidarität der Kollegen im Raum Hildesheim weiter zu festigen und erklärt daher:**

- 1. mit keiner Krankenkasse, weder GKV noch PKV, einen individuellen Vertrag abzuschließen ohne Absprache mit dem Vorstand der Hildesheimer Initiative für Zahngesundheit e.V.**
- 2. den Vorstand der Hildesheimer Initiative für Zahngesundheit e.V. (HIZ) über evtl. Kontaktaufnahmen durch eine der o.a. Krankenkassen zu informieren**

Praxisadresse (je zugelassener/zugelassenem Zahnärztin/Zahnarzt):

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_  
KZVN-Abrechnungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte nur per **Brief** senden an:  
(die Falzungsmarken sind passend für Fensterbriefumschläge)

HIZ c/o Dr. L. Riefenstahl · Breite Str. 2B · 31028 Gronau

**Hildesheimer Initiative f. Zahngesundheit e.V.**  
**c/o Dr. Lutz Riefenstahl**  
**Breite Str. 2B**  
  
**31028 Gronau**