



Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen Verband e.V.
EDHF + IFDH Member
Korporatives Mitglied DGP

Bitte persönlich unterschrieben einsenden an den:

DDHV
Veit-Pogner-Str. 23
81927 München

ANTRAG

als Abonnentin des Journals des
Deutschen Diplom Dental Hygienikerinnen Verband e.V.
für ZMF, ZPA + ZAH
(nicht für Zahnärzte)

Name: _____

Vorname: _____ Geb: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Berufsbezeichnung: _____

Tel. : _____

e-mail: _____

Hiermit ermächtige ich den DDHV widerruflich das **DDHV-Journalabonnement** bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. **Hat sich Ihre Bankverbindung ohne Mitteilung an den DDHV geändert, so ist gegenüber dem DDHV eine Fehl-abbuchung mit einer Kostenpflicht verbunden.**

IBAN.: _____ BIC: _____

Name der Bank: _____

Ort, Datum:

Unterschrift:

Es gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten vor Ablauf des Kalenderjahres.