



Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.
EDHF + IFDH Member
Kooperatives Mitglied DGP

Bitte persönlich unterschrieben einsenden an den:

DDHV
Veit-Pogner-Str. 23
81927 München

ANTRAG

als AbonnentIn des Journals des
Deutschen DentalhygienikerInnen Verband e.V.
für ZMF, ZPA + ZAH
(nicht für Zahnärzte)

Name: _____

Vorname: _____ Geb: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Berufsbezeichnung: _____

(/ Ê Privat: _____

(/ Ê Geschäft: _____

e-mail: _____

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

Konto Nr.: _____ BLZ: _____

Name der Bank: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

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