

**Ankerzahn e.V.**  
c/o Alte MU  
Lorentzendam 8  
24103 Kiel

Fax: 0431 221 397 77  
Tel: 0431 221 397 70  
mitglied@ankerzahn.de



## Mitgliedschaftserklärung:

**Ja, ich möchte Mitglied bei Ankerzahn e.V. werden:**

Titel/Name: .....

Praxisname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon (Praxis): .....

Mobil (optional): .....

E-Mail: .....

Web-Adresse: .....

## Die Anforderungen:

1. Der parodontale Zustand muss jährlich dokumentiert und dem Patienten verständlich übermittelt werden, spätestens ab einem Alter von 25 Jahren. Dokumentationen können mit unserem ParoPass, ParoStatus, PA-Konzepte oder etwas Vergleichbarem erfolgen.
2. Eine Mundhygiene-Instruktion ist nach den Leitlinien der EFP durchzuführen. Dies kann beispielsweise im Rahmen einer PZR umgesetzt werden.
3. Das Mitglied verpflichtet sich mit Stempel und Unterschrift auf Seite 2 diese Anforderungen einzuhalten.

## Leistung der Mitgliedschaft:

### Integration in die Zahnarztsuche:

Auf der Webseite von Ankerzahn e.V. [www.stoppt-parodontitis.de](http://www.stoppt-parodontitis.de) wird für BesucherInnen eine Suchfunktion mit beteiligten Zahnarztpraxen angeboten. Hierbei verwenden wir Ihre Kontaktdaten und die von Ihnen gewünschten Bilder. Auf Wunsch können auch zusätzliche Informationen in die Suche aufgenommen werden.

Meine Praxis soll in der Zahnarztsuche erscheinen: ☐ ja ☐ nein

### Lizenzen und kostenfreie Infomaterialien für Mitglieder:

Unser Ankerzahn-Logo steht Mitgliedern zur freien Verfügung und kann bei Bedarf auf Ihrer Webseite oder in der Praxis verwendet werden. Ein Praxisschild, unsere ParoPässe, Broschüren und Poster gibt es auf Wunsch gratis.

Praxisschild ☐ ja ☐ nein

200 ParoPässe (ein Motiv wählbar)

Motiv: Parodoc	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Motiv: Ankerzahn	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Motiv: Blume	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

200 Broschüren ☐ ja ☐ nein

1 Poster A3	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
1 Poster A2	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Mitgliedsbeitrag:

### Für die Mitgliedschaft gelten folgende Zahlungsbedingungen:

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt 199 € im Jahr. Bis zum Ende 2020 bieten wir einen reduzierten Beitrag von nur **150€ für das ganze erste Mitgliedsjahr**.

Sie gehen kein Risiko ein, denn Sie können jederzeit per Telefon oder Email kündigen. Dies ist möglich bis einen Tag vor Ablauf des Mitgliedsjahres.

Sie können den Mitgliedsbeitrag entweder per Lastschriftverfahren oder Überweisung entrichten.

Die Daten werden nur zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung erhoben und verarbeitet. Ich gebe dazu meine Einwilligung, diese kann jederzeit widerrufen werden.

Hiermit erkläre ich die Mitgliedschaft bei Ankerzahn e.V. und bestätige die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Anmeldung im Vereinsregister. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Kontodaten von Ankerzahn e.V.

IBAN: DE84 8306 5408 0004 2283 16  
BIC: GENO DEF1 SLR

## SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments  
Mandatsreferenz: Ankerzahn e.V. Beitrag

Ich ermächtige Ankerzahn e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ankerzahn e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)					
Name des Mitglieds falls abweichend					
Straße Hausnummer					
PLZ, Ort, Land					
Kreditinstitut					BIC*
IBAN*					
— — — — —	— — — — —	— — — — —	— — — — —	— — — — —	— — —

\* Bitte vollständig angeben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift