

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

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



Mitgliedschaftsantrag:

Ja, ich möchte mit meiner Praxis 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 dem 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. Der Unterzeichner verpflichtet seine Zahnarztpraxis mit Stempel und Unterschrift auf Seite 2 diese Anforderungen einzuhalten.

Leistung der Mitgliedschaft:

Integration in die Zahnarzttsuche:

Auf der Webseite von Ankerzahn e.V. 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 Zahnarzttsuche 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 jährlich gratis.

Praxisschild ja nein

200 ParoPässe (ein Motiv wählbar)

Motiv: Parodoc ja nein

Motiv: Ankerzahn ja nein

Motiv: Blume ja nein

200 Broschüren ja nein

1 Poster A3 ja nein

1 Poster A2 ja nein

Mitgliedsbeitrag pro Jahr

Praxis mit 1 Zahnärztin: 150 Euro

Praxis mit 2 Zahnärztinnen: 220 Euro

Praxis mit 3 Zahnärztinnen: 280 Euro

Praxis mit 4 Zahnärztinnen: 330 Euro

Praxis mit 5 Zahnärztinnen: 370 Euro

Praxis mit 6 oder mehr: 400 Euro

Bei Bedarf können große Praxen mit mehreren Zahnärzten auch weitere Infomaterialien erhalten. Schicken Sie uns dafür einfach eine Mail an: info@ankerzahn.de

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 im Auftrag der Praxis die Mitgliedschaft bei Ankerzahn e.V. und bestätige die Verarbeitung meiner Daten ausschließlich zum Zwecke der Anmeldung und Mitgliedsverwaltung. 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. den Mitgliedsbeitrag 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