



REFAX

**Fax: 0711 / 22845-40**

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

Abteilung Praxisführung

Albstadtweg 9

70567 Stuttgart

## Anmeldung BuS-Dienst „Kammermodell“

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am BuS-Dienst „Kammermodell“ (alternative bedarfsorientierte Betreuung) mit der jährlichen Teilnahmegebühr in Höhe von EUR 59,- (inkl. MwSt.) an:

Name des Praxisinhabers:

Praxisstempel:

E-Mail-Adresse:

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit erteile ich der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg die jederzeit widerrufliche Einzugsermächtigung für die Teilnahme am BuS-Dienst „Kammermodell“ (alternative bedarfsorientierte Betreuung) von meinem Konto:

Kontonummer:

Kontoinhaber:

BLZ:

Bank:

### ÜBERWEISUNG

Ich werde den Betrag nach Gebührenerhebung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg überweisen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift