

Mitgliederdaten-Aktualisierung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel: **Vorname:** **Nachname:**

Beruf: **Fachrichtung:** **Geb.-Datum:**
(nur für ärztliche Mitglieder)

Spezialgebiet:

Amalgamfreie Praxis: Ja Nein
(nur für Zahnmediziner)

A/HP/PH-Diplom: Ja Nein

Materialtestung: Ja Nein
(nur für Zahnmediziner)

Anschrift Praxis (wichtig für Ihren Onlineeintrag):

Strasse: **Gemeinschaftspraxis:**

Land (z.B. D-): **PLZ:** **Ort:**

Tel.: **Fax:**

E-Mail:

Bei fehlender E-Mail Adresse erhöht sich der jährliche Mitgliedsbeitrag um die Postversandpauschale von EUR 10,--

Anschrift Privat:

Strasse: **Mobiltelefon:**

Land(z.B. D-): **PLZ:** **Ort:**

Tel.: **Fax:**

Bankverbindung (bitte unbedingt angeben zur Überprüfung bei Lastschriftverfahren):

Kontoinhaber: **Konto-Nr:**

Bank: **BLZ:**

Sonstiges (z.B. Website):

.....
.....

**Bitte senden Sie diese Datenaktualisierung an unsere Geschäftsstelle
per Fax 03212-1240979, E-Mail: ak@icak-d.de (oder per Post an o.g. Adresse).
Vielen Dank für Ihre Bemühungen**