



**Antrag auf Mitgliedschaft im Verein zur Förderung und Pflege des
Dentalhistorischen Museums e.V.**

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Aufnahmegebühr: 50 €

Jahresbeitrag: 20 €

**Ich erkläre hiermit, dass ich dem Verein zur Förderung und Pflege des
Dentalhistorischen Museums e.V. beitreten möchte.**

Datum:

Unterschrift Antragsteller: