



AANMELDINGSFORMULIER LIDMAATSCHAP ONT

Praktijkadres:

Naam tandprotheticus: _____ Voorletters: _____

Geboortedatum : _____ M/V: _____

Afstudeernummer : _____ Voornaam: _____

Naam Praktijk : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Telefoonnummer : _____

E-mail : _____

Website : _____

Privé adres:

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Mobielnummer : _____

E-mail : _____

Wilt u vermelding op de ONT website met uw praktijkadres ja / nee

Bent u volledig/uitsluitend werkzaam in loondienst ja / nee

Bent u eigenaar van een tweede praktijk ja / nee

Uitsluitend volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen in behandeling worden genomen.

Met de aanvraag van het lidmaatschap en door ondertekening van het formulier bevestigt u het doel en de statuten van de vereniging te onderschrijven, de Codex voor beroepsethiek na te leven en akkoord te zijn met de Privacy Policy.

Deze documenten worden u bij aanvang van het lidmaatschap of eerder op verzoek digitaal toegestuurd.

Plaats : _____

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening
voor akkoord :