



# Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. in der DGZ**  
 Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig | Tel. 0341-48474-202 | Fax 0341-48474-290  
 sekretariat@dget.de | www.dget.de | info@dgz-online.de | www.dgz-online.de

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Land \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Die Satzung finden Sie auf [www.dget.de](http://www.dget.de).

## Ich bin:

- Zahnarzt** 190 €/Jahr (inkl. Bezug der Endodontie)  
 **Assistent** (innerhalb der ersten 4 Jahre nach Approbation) 130 €/Jahr (inkl. Bezug der Endodontie)  
 **Student der Zahnmedizin** beitragsfrei

## Ich bin Hochschulangehöriger:

- Ja Hochschule: \_\_\_\_\_  
 Nein

## Ich bin bereits Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V. (DGZ):

- Ja Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
 Nein

## Ich bin außerdem Mitglied in folgenden Fachgesellschaften/Berufsverbänden:

- DGZMK  VDZE  
 DGRZ  ESE  
 DGPZ  AAE

Weitere Fachgesellschaften – Bitte eintragen! \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Die DGET ist ab 01.01.2012 Mitglied in der DGZ. Alle Mitglieder der DGET sind somit ab dann auch Mitglieder in der DGZ. Ab 2012 erfolgt der Beitragseinzug über die DGET zum 1. März des Jahres. Der jährliche Mitgliedsbeitrag der DGZ ist damit abgegolten.

Datum &amp; Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

An (Zahlungsempfänger)

**Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)**  
**Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig**

Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund):

**Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET) in der DGZ**

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos Nr. \_\_\_\_\_

bei (kontoführendes Kreditinstitut) \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum &amp; Ort \_\_\_\_\_

Bearbeitungsvermerk

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_