



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.

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 & 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 & Ort _____

Bearbeitungsvermerk

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen _____