



Erhalte Deinen Zahn



Rette Deinen Zahn

Antrag auf Mitgliedschaft

Angehörige/r der zahnmedizinischen Assistenzberufe

bei der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztlichen Traumatologie e.V. (DGET)

Antragsteller	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Name, Vorname, Titel Geburtsdatum Ich bin <input type="checkbox"/> Angehörige/r der zahnmedizinischen Assistenzberufe.
Adresse dienstlich Bitte unbedingt ausfüllen !!!	Bitte senden Sie meine Post an meine <input type="checkbox"/> Dienstadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse Praxis/Klinik/Firma Straße PLZ Ort Telefon Mobil E-Mail
Adresse privat Straße PLZ Ort Telefon Mobil E-Mail
Neuantrag Mitgliedschaft	Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der DGET (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> DGET Mitgliedschaft Angehörige/r der zahnmedizinischen Assistenzberufe Die Mitgliedschaft besteht ausschließlich in der DGET. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 50,00 €. Die Satzung der DGET erkenne ich mit meiner Unterschrift an (siehe unter www.dget.de).

Zahlungsart	<input type="checkbox"/> automatischer Bankeinzug (Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftenmandat aus)
--------------------	---

SEPA-Lastschriftmandat Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Kontoinhaber (Vorname Name)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Kreditinstitut

IBAN BIC

.....
Datum, Unterschrift

Bitte zusenden an: DGET e.V., Sohnstr. 65, 40474 Düsseldorf | Fax: 0211 417 46 46 9