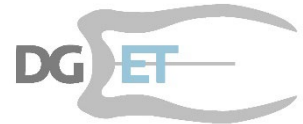




Erhalte Deinen Zahn



# Antrag auf Mitgliedschaft und Antrag auf Erweiterung oder Änderung der Mitgliedschaft

bei der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztlichen Traumatologie e.V. (DGET) & wahlweise bei allen DGZ-Verbundgesellschaften

Antragsteller	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Name, Vorname, Titel ..... Geburtsdatum ..... Ich bin <input type="checkbox"/> Zahnarzt/Zahnärztin <input type="checkbox"/> Assistent/in** ..... <input type="checkbox"/> Student/in* ..... <input type="checkbox"/> Ruheständler <small>Approbation (Jahr)      Studienende (Jahr)      Antrag auf beitragsfreie Mitgliedschaft</small> *Für Assistent/innen und Student/innen (Nachweis erforderlich) gelten die unter „Neuantrag Mitgliedschaft“ angegebenen Beitragsermäßigungen.
Adresse dienstlich	<b>Bitte senden Sie meine Post an meine</b> <input type="checkbox"/> Dienstadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse Praxis/Klinik/Firma ..... Straße ..... PLZ ..... Ort ..... Telefon / Mobilnummer ..... Fax ..... E-Mail .....
Adresse privat	Straße ..... PLZ ..... Ort ..... Telefon ..... Fax ..... E-Mail .....
Neuantrag Mitgliedschaft	<p>Es stehen zwei Varianten der Mitgliedschaft in der DGET zur Auswahl. Aus der gewählten Mitgliedsvariante ergibt sich der jeweils gültige Beitragsatz.</p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> Durch die Assoziation der DGET mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist die DGET-Mitgliedschaft an den Beitritt zur DGZMK gebunden. Der Jahresbeitrag bei der DGZMK beträgt derzeit 85,00 €. Weitere Infos finden Sie unter <a href="http://www.dgzmk.de">www.dgzmk.de</a>.</p> <p>Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der DGET mit folgender Beitragsvariante (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> <b>DGET (DGZ-Plus)**</b>          Die Mitgliedschaft besteht in der DGET und der DGZ. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 240,00 € und beinhaltet die Jahresbeiträge der DGET und der DGZ. Die DGET (DGZ-Plus) Mitgliedschaft beinhaltet derzeit die Zeitschrift Endodontie.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>DGZ-Premium**</b>          Die Mitgliedschaft besteht in der DGET und allen angeschlossenen Verbundgesellschaften (DGET/DGZ/DGPZM/DGR<sup>2</sup>Z). Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 270,00 €. Die Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag DGZ-Premium nicht enthalten und kann fakultativ bestellt werden. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie die Zeitschrift <b>nicht</b> erhalten oder abbestellen möchten.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiermit bestelle ich die Zeitschrift <i>Endodontie (derzeit 70 Euro/Jahr)</i> <input type="checkbox"/> Ich bestelle ich die Zeitschrift <i>Endodontie nicht/ab</i></p> <p><b>Die Satzung der DGET erkenne ich mit meiner Unterschrift an</b> (siehe unter <a href="http://www.dget.de">www.dget.de</a>).</p> <p>Für <b>Studierende der Zahnmedizin</b> ist die Mitgliedschaft beitragsfrei. Die Vollmitgliedschaft ist mit Beendigung des Studiums zu beantragen. Mit dem Übergang in die Vollmitgliedschaft gelten die nachfolgend aufgeführten Assistentenermäßigungen.</p> <p>** Für <b>Assistenten</b> gilt bei der Variante „DGET (DGZ-Plus)“ der jährliche Mitgliedbeitrag in Höhe von <b>155 Euro</b>; bei der Variante „DGZ-Premium“ in den ersten 4 Jahren nach der Approbation eine <b>Ermäßigung von 50 %</b> auf den jeweils gültigen Jahresbeitrag.</p>
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> <b>automatischer Bankeinzug</b> (Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus)
Änderung Mitgliedschaft	Ich möchte eine Änderung an der bestehenden Mitgliedschaft vornehmen. <b>Derzeit</b> bin ich Mitglied mit der Mitgliedsvariante <input type="checkbox"/> DGZ-Basis <input type="checkbox"/> DGET (DGZ-Plus) <input type="checkbox"/> DGZ-Premium
Datum, Unterschrift .....	
Bitte senden Sie den <b>ausgefüllten Antrag mit SEPA-Lastschriftmandat im Original</b> an: <b>DGET Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V.</b> Sohnstr. 65   40237 Düsseldorf   Tel.: +49 (0)211-4174646-0   Fax: +49 (0)211-4174646-9 E-Mail: <a href="mailto:sekretariat@dget.de">sekretariat@dget.de</a>   Web: <a href="http://www.dget.de">www.dget.de</a>   <a href="http://www.ErhalteDeinenZahn.de">www.ErhalteDeinenZahn.de</a>	

**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen: Mitglied der DGET**

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/For SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und  
zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)  
Sohnstr. 65  
40237 Düsseldorf

Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE93ZZZ00000595621

Mandatsreferenz (= Ihre 4-stellige Mitgliedsnummer, z.B. 0073)

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige/n die **Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname Name)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift

--	--