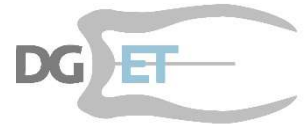




Erhalte Deinen Zahn



Antrag auf Mitgliedschaft und Antrag auf Erweiterung oder Änderung der Mitgliedschaft

bei der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztlichen Traumatologie e.V. (DGET) in der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) & wahlweise bei einer ihrer Gesellschaften (DGPZM/DGR²Z)

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	Bitte senden Sie meine Post an meine <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 drei Varianten der Mitgliedschaft zur Auswahl. Aus der gewählten Mitgliedsvariante ergibt sich der jeweils gültige Beitragssatz. Durch die Assoziation der DGZ mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist die DGZ-Mitgliedschaft an den Beitritt zur DGZMK gebunden. Der Jahresbeitrag bei der DGZMK beträgt 85,00 €. Weitere Infos finden Sie unter www.dgzmk.de.</p> <p>Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der DGZ mit folgender Beitragsvariante (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> DGZ-Basis* Die Mitgliedschaft besteht ausschließlich in der DGZ. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 120,00 €.</p> <p><input type="checkbox"/> DGZ-Plus** Die Mitgliedschaft besteht in der DGZ und einer der DGZ angeschlossenen Gesellschaft. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 120,00 € und beinhaltet die Jahresbeiträge der DGZ und der nachfolgend zu bestimmenden Gesellschaft, nämlich der (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> DGPZM <input type="checkbox"/> DGR²Z <input type="checkbox"/> DGET</p> <p><input type="checkbox"/> DGZ-Premium** Die Mitgliedschaft besteht in der DGZ und allen der DGZ angeschlossenen Gesellschaften. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 240,00 €.</p> <p>Die Satzung/en der DGZ und der/den von mir zum Beitritt ausgewählten Gesellschaft/en erkenne ich an (siehe unter www.dgz-online.de).</p> <p>Für Studierende der Zahnmedizin 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 Assistenten gilt bei der Variante „DGZ-Basis“ in den ersten 2 Jahren nach der Approbation eine Ermäßigung von 50 % auf den jeweils gültigen Jahresbeitrag.</p> <p>** Für Assistenten gilt bei den Varianten „DGZ-Plus“ und „DGZ-Premium“ in den ersten 4 Jahren nach der Approbation eine Ermäßigung von 50 % auf den jeweils gültigen Jahresbeitrag.</p>
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> automatischer Bankeinzug (Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftenmandat aus)
Änderung Mitgliedschaft	Ich möchte eine Änderung an der bestehenden DGZ-Mitgliedschaft vornehmen. Derzeit bin ich Mitglied mit der Mitgliedsvariante <input type="checkbox"/> DGZ-Basis <input type="checkbox"/> DGZ-Plus <input type="checkbox"/> DGZ-Premium <small>(mit <input type="checkbox"/> DGPZM <input type="checkbox"/> DGR²Z <input type="checkbox"/> DGET)</small> Bitte ändern Sie die Mitgliedsvariante auf (die Umsetzung erfolgt ab dem folgenden Beitragsjahr): <input type="checkbox"/> DGZ-Basis <input type="checkbox"/> DGZ-Plus (bitte nur eine zusätzliche Gesellschaft ankreuzen) <input type="checkbox"/> DGZ-Premium <small>mit <input type="checkbox"/> DGPZM <input type="checkbox"/> DGR²Z <input type="checkbox"/> DGET</small>
Zeitschrift Endodontie	Die Mitgliedschaft in der DGET (DGZ-Plus [DGET]) beinhaltet obligatorisch das vergünstigte Abonnement der Zeitschrift <i>Endodontie</i> (4 Ausgaben jährlich). Der Bezug der Zeitschrift kostet zusätzlich zum Jahresbeitrag 70,00 €/Jahr. <u>Nur</u> bei der Mitgliedsvariante „DGZ-Premium ist der Bezug der Zeitschrift fakultativ. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie die Zeitschrift nicht erhalten oder abbestellen möchten. <input type="checkbox"/> Hiermit bestelle ich die Zeitschrift <i>Endodontie</i> <input type="checkbox"/> Ich bestelle ich die Zeitschrift <i>Endodontie</i> nicht/ab

.....
Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie den **ausgefüllten Antrag mit SEPA-Lastschriftmandat im Original** an:
DGET Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V.
 Grafenberger Allee 297 | 40237 Düsseldorf | Tel.: +49 (0)211-4174646-0 | Fax: +49 (0)211-4174646-9
 E-Mail: sekretariat@dget.de | Web: www.dget.de | www.ErhalteDeinenZahn.de

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)
Grafenberger Allee 297
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