



Mitgliedsantrag für akademische Berufe

Titel: Dr. med. dent. /o. a. Studienrichtung.....

Name:.....

Vorname: Geb.-Datum: männlich weiblich

Beruf:

Approbationsdatum: Promotionsdatum:

Privatadresse:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Dienstadresse:

Institution:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin e. V. (DGZM). Die Satzung ist mir bekannt.

Die Mitgliedschaft in der DGZM setzt zugleich die Mitgliedschaft in der DGZMK voraus. Für die Mitgliedschaft in der DGZMK ist ein gesonderter Beitrag fällig. Der Mitgliedsbeitrag für die DGZMK wird gleichzeitig mit dem der DGZM von der DGZMK eingezogen.

Ort, Datum

Unterschrift



Mitgliedsantrag für akademische Berufe

Bankverbindung für Einzugsermächtigung

Name des Kontoinhabers:

IBAN:

BIC:

Genau Bezeichnung Geldinstitut:

Mitgliedsbeitrag 120,00 € Ordentliche Mitglieder

Der Mitgliedsbeitrag für die ordentlichen Mitglieder beinhaltet das Abonnement der Zeitschrift „Seniorenzahnmedizin“

Bitte zutreffendes ankreuzen

Zu welcher Adresse soll die Post gesendet werden? - Dienst - Privat

Ich bin damit einverstanden, dass die Post der DGAZ an mich auch per E-Mail versandt wird.

- ja - nein

Bitte senden an (Fensterumschlag)

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V.
c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Sekretariat Frau Gläser
Liebigstraße 12
04103 Leipzig