MITGLIEDSANTRAG

ORT, DATUM

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGZI – Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. Bitte per Fax an 0211 16970-66.

TITEL, NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM
STRASSE	PLZ ORT	
TEL.	FAX	
E-MAIL	KAMMER/KZV-BEREICH	
BESONDERE FACHGEBIETE ODER QUALIFIKATI	ONEN SPRACHKENNTNISSE IN WORT	UND SCHRIFT
Haben Sie schon Implantationen durc Hiermit erkäre ich mein Einverständn	-	
Ordentliche Mitgliedschaft→ Jahresbeitrag 250,- €	Ausländische Mitglieder*→ Jahresbeitrag 125,– €	
Zahntechniker→ Jahresbeitrag 125,- €	Angehörige von Vollmitgliede→ Jahresbeitrag 125,– €	ern
Kooperative Mitgliedschaft (Firm→ Jahresbeitrag 300,- €	en und andere Förderer)	* Wohnsitz außerhalb Deutschlands
Erfolgt der Beitritt nach dem 30.06. de Mitgliedschaft entscheidet der Vorstar	•	eitrag zu zahlen. Über die Annahme der
☐ Den Jahresbeitrag habe ich üben	tehender Einzugsermächtigung begli wiesen auf das Bankkonto der DGZI o 4 36 KSK Altenkirchen SWIFT/BIC: check beigefügt.	c/o Dr. Rolf Vollmer:
richtenden Jahresbeiträge bei Fälligkei	esellschaft für Zahnärztliche Implantolo it zulasten meines Kontos durch Lastscl	gie e.V. widerruflich, die von mir zu ent- hrift einzuziehen. Wenn mein Konto die tituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
IBAN		SWIFT/BIC

UNTERSCHRIFT/STEMPEL