

# MITGLIEDSANTRAG

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 QUALIFIKATIONEN

SPRACHKENNTNISSE IN WORT UND SCHRIFT

Haben Sie schon Implantationen durchgeführt? (Antwort ist obligatorisch)  ja  nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung meiner persönlichen Daten.

**Ordentliche Mitgliedschaft**

→ Jahresbeitrag 250,- €

**Ausländische Mitglieder\***

→ Jahresbeitrag 125,- €

**Zahntechniker**

→ Jahresbeitrag 125,- €

**Angehörige von Vollmitgliedern**

→ Jahresbeitrag 125,- €

**ZMA/ZMF/ZMV/DH**

→ Jahresbeitrag 60,- €

**Kooperative Mitgliedschaft (Firmen und andere Förderer)**

→ Jahresbeitrag 300,- €

\* Wohnsitz außerhalb Deutschlands

Erfolgt der Beitritt nach dem 30.06. des Jahres, ist nur der halbe Mitgliedsbeitrag zu zahlen. Über die Annahme der Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand durch schriftliche Mitteilung.

Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.

Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Bankkonto der DGZI c/o Dr. Rolf Vollmer:

IBAN: DE33 5735 1030 0050 0304 36 | KSK Altenkirchen | SWIFT/BIC: MALADE51AKI

Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

## [Einzugsermächtigung \(gilt nur innerhalb von Deutschland\)](#)

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

---

IBAN

SWIFT/BIC

---

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT/STEMPEL