



## Aufnahmeantrag

DGEndo Büro Leipzig  
Holbeinstr. 29  
04229 Leipzig  
Tel.: 03 41/4 84 74-2 02  
Fax: 03 41/4 84 74-2 90

Ich beantrage gemäß §3 die Mitgliedschaft in der  
**Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V. (DGEndo)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich bin  selbstständig  Assistent  Hochschulangehöriger

andere (bitte angeben) \_\_\_\_\_

Folgende Kollegen befürworten meine Aufnahme und bestätigen, dass die Aufnahmevoraussetzungen nach §3 Abs. 1a-c erfüllt sind.

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)

Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V., Grüneburgweg 12, 60322 Frankfurt am Main

Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, ggf. Betragsbegrenzung)

**Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der „Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V.“**

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos Nr. \_\_\_\_\_

bei (kontoführendes Kreditinstitut) \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.  
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_