

Grundlagen

Diagnostik und Planung

Chirurgie

Prothetik und Zahntechnik

Recall und Implantatpflege

Marktübersichten

Implantologiemarkt

Implantatsysteme

Systeme und Oberflächen

Ästhetikkomponenten aus Keramik

Knochenersatzmaterialien

Membranen

Chirurgieeinheiten

Piezo-Geräte

Navigationssysteme

Anbieter von A–Z

Fachgesellschaften und Berufsverbände

Berufspolitik/Recht/Abrechnung

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.).

Dieser Antrag wird unterstützt durch _____
Bitte senden an: Telefax 0800-DGZIFAX oder 02 11-1 69 70-66.

Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Sekretariat
Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70-77
Fax: 02 11/1 69 70-66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon, Telefax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

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.

Datum und Unterschrift _____

☐ **Ordentliche Mitgliedschaft/Niedergelassene Zahnärzte**
>> Jahresbeitrag 250,- €

☐ **Ausländische Mitglieder** (Wohnsitz außerhalb Deutschlands)
>> Jahresbeitrag 125,- €

☐ **Zahnärzte in Anstellung (Assistenten)** >> Jahresbeitrag 125,- €

☐ **Zahntechniker** >> Jahresbeitrag 125,- €

☐ **Angehörige von Vollmitgliedern** >> Jahresbeitrag 125,- €

☐ **ZMA/ZMF/ZMV/DH** >> Jahresbeitrag 60,- €

☐ **Studenten/Rentner** >> beitragsfrei

☐ **Kooperative Mitgliedschaft** (Firmen und andere Förderer)
>> Jahresbeitrag 300,- €

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
(Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund, Kto.-Nr. 0003 560 686,
BLZ 440 606 04).

☐ Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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
Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. _____

Kreditinstitut _____

Datum und Unterschrift _____

BLZ _____

Kontoinhaber _____
(wenn nicht wie oben angegeben)

Stempel _____