



Aufnahmeantrag – zur Mitgliedschaft in der DGKiZ Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnmedizin e.V.

- ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag € 85,-)
- Student*/Rentner*/Ehrenmitglied (beitragsfrei)

Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: _____ männlich weiblich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Approbation: Bitte Kopie der Approbation beifügen.

Adresse

Straße: _____

PLZ, Ort, Land: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ihre Daten verwenden wir nur zu den in der Satzung festgelegten Zwecken und insbesondere zur Mitgliederverwaltung. So nutzen wir Ihre Daten zum Beispiel, um Ihnen künftig das Mitgliederrundschreiben per E-Mail zukommen zu lassen.

Bankverbindung für Einzugsermächtigung

Der DGKiZ-Beitrag wird per SEPA-Lastschrift erhoben.**

SEPA Lastschriftmandat/Einzugsermächtigung

Gläubiger-ID.: DE71ZZZ00000667797

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die DGKiZ, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: _____

BIC: _____

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Gemäß Assoziationsvertrag und Satzung der DGKiZ bedingt die Aufnahme in die DGKiZ die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK). Satzungsgemäß werden Ihre Daten zu diesem Zweck an die DGZMK übermittelt. Im Mitgliedsbeitrag der DGKiZ ist der Bezug der Mitgliedszeitschrift „Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde“ enthalten. Zum Verschicken der Zeitschrift übermitteln wir Ihren Namen und Adresse an den Springer-Verlag. Weitere Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte unserer Satzung sowie den Datenschutzhinweisen unter www.dgkiz.de

* Die **studentische Mitgliedschaft** in der DGKiZ ist gegen Vorlage einer gültigen Immatrikulationsbescheinigung, die nach Ablauf eines Jahres erneut vorzulegen ist, kostenlos. Nach Beendigung des Studiums geht die Mitgliedschaft automatisch in eine ordentliche Mitgliedschaft über. Nach Eintritt ins Rentenalter und Praxis- oder Berufsaufgabe werden Mitglieder auf Antrag beitragsfrei gestellt.

Mit nachfolgender Unterschrift akzeptiere ich die Beitragsordnung der DGKiZ (<http://www.dgkiz.de/mitgliedschaft.html>).

Datum: _____

Unterschrift: _____

Den Aufnahmeantrag bitte per Post an die DGKiZ-Geschäftsstelle Würzburg, Schweinfurter Str. 7, 97080 Würzburg, gescannt per Mail an info@dgkiz.de oder per Fax an (0931/99 128 751) senden.

Anhang:

Falls Sie noch nicht Mitglied der DGZMK sind,

füllen Sie bitte nachfolgendes SEPA-Lastschriftmandat für die DGZMK aus, nach Ihrer Anmeldung wird es an die DGZMK weitergeleitet. Seit dem SEPA-Einzugsverfahren muss für jede Fachgesellschaft ein gesondertes SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden.

Der Mitgliedsbeitrag bei der DGZMK beträgt für Mitglieder assoziierter Gesellschaften 85,-- €. Für Assistenten bis zum 3. Jahr nach der Approbation (bitte Bescheinigung beifügen) beträgt der DGZMK-Beitrag 65,00 €.

SEPA-Lastschriftmandat für die Mitgliedsbeiträge der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V.

Gläubiger-ID: DE05ZZZ00000506898

Mandatsreferenz: DGZMK Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde e. V. die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. eingezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:

BIC:

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts:

Name des Kontoinhabers:

Stempel / Datum / Unterschrift:
