

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für moderne Zahnheilkunde e. V. werden.

Vor- u. Zuname

Firma

Straße / Postfach

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

Die genannte Adresse ist

privat

beruflich

Beruf

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt

für Ärzte	€ 250,00
für Assistenzärzte	€ 125,00
für Mitglieder	€ 29,00
für Rentner und Schüler	€ 19,00

Die Mitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für moderne Zahnheilkunde e. V. ist unbefristet. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und kann nur mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf eines Kalenderjahres ausgesprochen werden. Auf ausdrückliche schriftliche Anfrage wird Ihnen eine Kopie der Satzung zugesandt.

Ich stimme den o. a. angegebenen Modalitäten zu. Eine zweite Ausfertigung dieses Antrags habe ich erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass der jährliche, oben genannte Beitrag von der Deutschen Gesellschaft für moderne Zahnheilkunde e. V. per Lastschriftverfahren eingezogen wird. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Geldinstitut

BLZ

Kontonummer

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers