

DGZH e.V.
Königstr. 80
70173 Stuttgart

ANTRAG AUF BEITRAGSFREIE MITGLIEDSCHAFT

Vorname, Name		Geburtsdatum	
Studienfach	Zahnmedizin Medizin Psychologie	Semester	
Universität			
PRIVATADRESSE			
Straße, Nr.			
PLZ, Ort			
Telefon			
E-Mail			

Ich bin darüber informiert, dass meine Daten elektronisch gespeichert und im Rahmen der DGZH-Verwaltung verwendet werden. Ich verpflichte mich, der DGZH evtl. Änderungen meiner Daten unaufgefordert mitzuteilen!
Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse in der Mitgliederliste publiziert wird!

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich verpflichte mich, den Abschluss meines Studiums (Diplom, Staatsexamen o.ä.) innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss unaufgefordert per E-Mail an mail@dgzh.de der DGZH-Geschäftsstelle mitzuteilen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte am Rechner ausfüllen, nach Unterschrift scannen/abfotografieren und an mail@dgzh.de einsenden.