

DGZH e.V.

 Königstr. 80
70173 Stuttgart

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

in der DGZH e.V.

 in der DGZH e.V. und der M.E.G.
(nur Ärzte, Zahnärzte, Psychologen)

Titel, Vorname, Name					
Beruf	Zahnarzt	Arzt	Psychologe	Geburtsdatum	
Anderer Beruf					
Fach(zahn)arztanerkennungen*					
Tätigkeitsschwerpunkte*					
Bereits Mitglied in	DGH	MEG	DGAEHAT	ÖGWH	ÖGZH SMSH ÖGATAP ESH ISH
PRAXISADRESSE					
Praxisname					
Straße, Nr.					
PLZ, Ort					
Telefon, Fax					
E-Mail					
Web-Adresse(URL)					
PRIVATADRESSE					
Straße, Nr.					
PLZ, Ort					
Telefon					
E-Mail					
Postsendungen an	Praxisadresse	Privatadresse			

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 Kontaktdaten in der Mitgliederliste publiziert werden!

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Die angefügte Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin einverstanden, dass die DGZH (Gläubiger-ID DE04ZZZ00000268005) den jährlichen Mitgliedsbeitrag nach Vorankündigung von meinem nachfolgenden Konto per SEPA-Basis-Lastschrift einzieht. Meine Mandatsreferenznummer wird mir von der DGZH e.V. schriftlich mitgeteilt.

Bankname			
IBAN		BIC	

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte Formular am Rechner ausfüllen und ausschließlich im Original per Post zusenden!

* Bitte geben Sie maximal 3 Fachzahnarztanerkennungen und 3 Tätigkeitsschwerpunkte mit Kammer-Anerkennung an.