

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)

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

Als Mitglied der DGZH unterstütze ich die in der Satzung definierten Vereinszwecke. 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 Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin einverstanden, dass die DGZH den jährlichen Mitgliedsbeitrag nach Vorankündigung vom nachfolgenden Konto per SEPA-Basis-Lastschrift einzieht. Meine Mandatsreferenznummer wird mir von der DGZH e.V. schriftlich mitgeteilt.

<b>IBAN</b>		<b>Bank</b>	
-------------	--	-------------	--

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.