

DGZH e.V.  
Königstr. 80  
70173 Stuttgart

**ANTRAG AUF BEITRAGSFREIE MITGLIEDSCHAFT**

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

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 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](mailto:mail@dgzh.de) der DGZH-Geschäftsstelle mitzuteilen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte am Rechner ausfüllen, nach Unterschrift scannen/abfotografieren und an [mail@dgzh.de](mailto:mail@dgzh.de) einsenden.