

DGZH e.V.
 Königstr. 80
 70173 Stuttgart

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

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

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.

IBAN	<input type="text"/>	Bank	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-------------	----------------------

 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.