

DGZH e.V.  
Königstr. 80  
70173 Stuttgart

**ANTRAG AUF BEITRAGSFREIE MITGLIEDSCHAFT**

Vorname, Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Studienfach	<input checked="" type="radio"/> Zahnmedizin <input type="radio"/> Medizin <input type="radio"/> Psychologie	Semester	<input type="text"/>
Universität	<input type="text"/>		
<b>PRIVATADRESSE</b>			
Straße, Nr.	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		

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.