AUFNAHME-ANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die DGÄZ.

Name: _____

Vorname: _____

Titel u.ä. (Dr.,ZA,ZT,ZTM,ZMF, etc.): _____

Geb.-Datum: _____

Praxis/Labor/Firma: _____

PLZ, Ort (Praxis/Labor): _____

Straße (Praxis/Labor): _____

Telefon (Praxis/Labor): _____

Beruf: _____

- ❑ Selbständig
- ❑ Angestellte/r
- ❑ Beamtin/Beamter
- ❑ Student/in, _____ Sem.
- ❑ AZUBI, _____ Lehrj.
- ❑ ZMF/ZFA
- ❑ Sonstiges _____

E-Mail: _____ E-Mail eRechnung: _____
(optional)

Wird keine separate E-Mail-Adresse angegeben, erfolgt der Rechnungsversand an die erstgenannte E-Mail-Adresse. Die DGÄZ nutzt die angegebene E-Mail-Adresse für die Mitgliederkommunikation, den Versand wichtiger Vereinsinformationen sowie die Übermittlung von Rechnungen. Darüber hinaus möchte die DGÄZ Sie über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungsangebote informieren. Den Newsletter können Sie jederzeit abbestellen.

Durch die Assoziation der DGÄZ mit der DGZMK trete ich (für Zahnärzte/innen ist die Mitgliedschaft in der DGZMK zwingend, für Zahntechniker/innen freiwillig) automatisch in die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ein. Mit der Weitergabe meiner Daten an die DGZMK bin ich einverstanden.

Für die Mitgliedschaft in der DGÄZ und den daraus resultierenden Mitgliedsbeitrag gelten folgende Regelungen:

Es gilt ein ordentlicher **Jahresbeitrag** für Zahnärzte/innen von 280,- €, für Assistenzzahnärzte mit 2-jähriger Weiterbildungszeit 140,- € (ein Nachweis der Weiterbildungszeit ist mit dem Aufnahmeantrag einzureichen), sowie zur DGZMK ein reduzierter Beitrag von € 85,-.

Für Zahntechniker/innen gelten € 280,- DGÄZ-Beitrag und € 50,- DGZMK-Beitrag (Beitritt freiwillig).

Der DGÄZ-Mitgliedsbeitrag für Auszubildende und Studenten beträgt € 35,- jährlich.
Für Studenten: Mit der Einreichung des Aufnahme-Antrages ist eine gültige Immatrikulationsbescheinigung, die nach Ablauf eines Jahres erneut vorzulegen ist, einzureichen. Bei Beendigung des Studiums geht die Mitgliedschaft automatisch in eine ordentliche Mitgliedschaft über (siehe Satzung).

Für die ZMF/ZFA beträgt der DGÄZ-Jahresbeitrag € 50,-.

Für Praxen, Labore und Kliniken gelten folgende DGÄZ-Beiträge (zzgl. DGZMK-Beitrag):

€ 280,00	für 1. Mitglied	☐ (Inkl.Verbandszeitschrift „Esthetic Dentistry“)
€ 140,00	für Assistenzzahnärzte	☐
€ 120,00	für 2. und 3. Mitglied	☐
€ 40,00	ab 4. Mitglied	☐

Der DGÄZ-Beitrag wird per Bankeinzug erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,- € erhoben.

Der DGZMK-Beitrag wird von der DGZMK per Bankeinzug erhoben. Bei Mitgliedern, welche nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 € erhoben.

Ich bin bereits Mitglied in der DGZMK ☐ ja ☐ nein

Eine Kopie der Approbationsurkunde / des Gesellenbriefes habe ich beigefügt ☐

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse an interessierte Kollegen oder Patienten weitergegeben wird, soweit die Rechtslage es zulässt.

_____ _____

Ort, Datum: Unterschrift/Stempel:

- ***BITTE WENDEN*** -

Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V. Schloss Westerburg D-56457 Westerburg
Fon: 02663-91 67 31 Fax: 02663-91 67 32 E-Mail: info@dgaez.de Internet: www.dgaez.de

SEPA-Lastschriftmandat für die Mitgliedsbeiträge der
Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V.

SEPA-Lastschriftmandat für die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00000108541
Mandatsreferenz: DGÄZ Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V., die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V. eingezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: _____

Genaue Bezeichnung des Geldinstitutes: _____

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Stempel /Datum /Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat für die Mitgliedsbeiträge der
Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V.

SEPA-Lastschriftmandat für die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde e. V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE05ZZZ00000506898
Mandatsreferenz: DGZMK Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde e. V., die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. eingezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: _____

Genaue Bezeichnung des Geldinstitutes: _____

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Stempel /Datum /Unterschrift _____

Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V. Schloss Westerburg D-56457 Westerburg
Fon: 02663-91 67 31 Fax: 02663-91 67 32 E-Mail: info@dgaez.de Internet: www.dgaez.de