

AUFNAHME-ANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die DGSZM

Name: _____

Vorname: _____

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

Geburtsdatum: _____

Praxis/Labor/Firma: _____

PLZ, Ort (Praxis/Labor): _____

Straße (Praxis/Labor): _____

Telefon (Praxis/Labor): _____

E-Mail: _____

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

Die DGSZM ist eine Gesellschaft unter dem Dach der DGZMK. Mit der Weitergabe meiner Daten an die DGZMK bin ich einverstanden.

Es gilt ein ordentlicher Jahresbeitrag für **selbständige** Ärzte/innen, Zahnärzte/innen Physiotherapeuten/innen, Orthopädietechniker/innen und Zahntechniker/innen von 180,- € zur DGSZM

Es gilt ein ordentlicher Jahresbeitrag für **angestellte** Ärzte/innen, Zahnärzte/innen Physiotherapeuten/innen, Orthopädietechniker/innen und Zahntechniker/innen von 80,- € zur DGSZM

Der DGSZM-Mitgliedsbeitrag für Auszubildende und Studenten beträgt € 25,- 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 DGSZM-Jahresbeitrag € 80,-.

Für Praxen, Labore und Kliniken gelten folgende DGSZM -Beiträge

Für das 1. selbständige Mitglied € 180,00 für das 2. und 3. selbständige Mitglied € 120,-. Ab 4. Mitglied € 40,00

Mit der Aufnahme in die DGSZM ist die Aufnahme in die DGZMK verbunden. Falls der Antragssteller nicht bereits Mitglied der Dachgesellschaft DGZMK ist, können von der DGZMK zusätzliche Jahresgebühren in Höhe von 30-95€ anfallen.

Selbstständig. Angestellte/r Beamtin/Beamter Student/in, _____ Sem.

Azubi, _____ Lehrj. ZMF/ZFA. Sonstiges _____

Der DGSZM-Beitrag wird per Bankeinzug erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,- € erhoben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse an interessierte Kollegen oder Patienten weitergegeben wird, soweit die Rechtslage es zulässt.

Ort, Datum: Unterschrift/Stempel:

SEPA-Lastschriftmandat für die Deutsche Gesellschaft für Sport Zahnmedizin e. V.

Gläubiger -Identifikationsnummer: DE 80 ZZZ 0000 1999 833

Mandatsreferenz: DGSZM Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Sport-Zahnmedizin e. V. die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Sport 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 Kontoinhaber:

Bezeichnung Geldinstitut:

IBAN:

BIC:
