



MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ORALE IMPLANTOLOGIE e.V. (DGOI)

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Straße (Privatanschrift)

.....
PLZ, Ort (Privatanschrift)

.....
Geburtsdatum

.....
Berufsbezeichnung

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
Fax

.....
E-Mail

.....
Homepage

.....
Straße (Praxis/Rechnungsanschrift)

.....
PLZ, Ort (Praxis/Rechnungsanschrift)

.....
Ort, Datum

- Vollmitgliedschaft
(Jahresbeitrag 300 Euro)
- Mitgliedschaft für Assistenz Zahnärzte
und angestellte Zahnärzte/-techniker(w/m)
(Jahresbeitrag 150 Euro mit Bescheinigung des Arbeitgebers)
- Mitgliedschaft für ZMA/ZFA o.ä.
(Jahresbeitrag 100 Euro)
- Mitgliedschaft für Studierende der Zahnmedizin
(Jahresbeitrag 50 Euro mit Immatrikulationsbescheinigung)

Ich befinde mich derzeit im Semester
Universität (Immatrikulationsbescheinigung bitte beifügen)

- Ich willige ein, dass mir die DGOI e.V. postalisch Informationen
und Angebote z.B. zu Veranstaltungen und Weiterbildungen zum
Zweck der Werbung übersendet.
- Ich willige ein, dass mir die DGOI e.V. per E-Mail/Telefon/Fax*
Informationen und Angebote zu Veranstaltungen zum Zweck der
Werbung übersendet.
(* bei Einwilligung bitte unzutreffendes streichen)

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem
Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilli-
gungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich
widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per
E-Mail oder Fax übermitteln.

Datenschutzrichtlinien unter: datenschutz.dgoi.info

.....
Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat / Wiederkehrende Zahlungen

DGOI Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000072608

Die Mandatsreferenz ist Ihre DGOI-Mitgliedsnummer, die wir Ihnen in Kürze mitteilen werden.

Ich/wir ermächtige(n) die Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Kreditinstitut (Name und Sitz)

.....
Kontoinhaber

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift