



WIR FÜR DICH  
NEXT TO YOU  
**FÜNFZEHN JAHRE**



## IMPLANTOLOGIE FÜR STUDIERENDE UND JUNGE ZAHNÄRZTINNEN UND ZAHNÄRZTE **1.-2. Juni 2019, Herne**

Haranni Akademie, Schulstraße 30, 44623 Herne

### VERBINDLICHE ANMELDUNG

Zurück per Fax: +49 (0)7251 618996-26

Per E-Mail: [tossmann@dgoi.info](mailto:tossmann@dgoi.info)

Oder per Post: DGÖI | Wilderichstraße 9 | 76646 Bruchsal

Wie sind Sie auf die Veranstaltung aufmerksam geworden?

- Social Media / Internet
- Print-Werbung
- Persönliche Empfehlung

Teilnehmer: Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Universität

DGÖI-Mitglied 2018 Ja (Antrag gestellt)  Nein

Teilnehmergebühren:

- Studenten/innen: EUR 159,-
- Assistenten/innen Mitglieder 2018: EUR 199,- | Nicht-Mitglieder: EUR 299,-
- Studenten-Gruppen ab 3 Personen: EUR 139,- p./P.  
(Die Anmeldungen für die Gruppen bitte gesammelt einreichen).

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung, eine Rechnung und eine Liste von Hotels und Pensionen. In der Teilnahmegebühr sind die Materialien der Workshops, die Tagesverpflegung, sowie das Zertifikat enthalten. Damit wir Ihnen den Studenten-DGÖI-Tarif gewähren, senden Sie uns bitte mit Ihrer Anmeldung Ihre Immatrikulationsbescheinigung zu.

Rücktritt bis zum 1. Mai 2019 kostenlos, danach 50 % der Teilnehmergebühr.  
Rücktritt 14 Tage vor Beginn des Kurses: komplette Teilnehmergebühr. Stornierungen sind grundsätzlich schriftlich vorzunehmen.

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

Ort, Datum

Unterschrift

**DEN DGÖI  
Mitgliedsantrag  
für 2019**

finden Sie auf Seite 2



# 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](http://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