

Bitte per Post mit Originalunterschrift an:

**Deutsche Gesellschaft
Zahnärztliche Schlafmedizin e.V.**
Geschäftsstelle
c/o Porstmann Kongresse GmbH
Alte Jakobstraße 76
10179 Berlin

Tel.: 030 - 28 44 99 - 10
Fax: 030 - 28 44 99 - 31
E-Mail: info@dgzs.de
www.dgzs.de
Gläubiger-ID:
DE23ZZZ00000724727

**ANTRAG AUF MITTEILUNG DER ZUGANGSDATEN
GESCHLOSSENER MITGLIEDERBEREICH**

Bitte teilen Sie mir Benutzername und Kennwort für den geschlossenen Mitgliederbereich der DGZS-Website www.dgzs.de mit.

Ich verpflichte mich, die hinterlegten Informationen und das Kennwort ausschließlich für meinen persönlichen Gebrauch zu nutzen und nicht an Dritte weiterzugeben.

Titel

Name des Antragstellers:

Straße:

Ort:

Tel:

E-Mail:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

WIRD VON DER DGZS-GESCHÄFTSSTELLE AUSGEFÜLLT:

Der Benutzername

und das Kennwort

wurden o. g. DGZS-Mitglied am:

übersandt.

Unterschrift DGZS-Geschäftsstelle