

Bitte unterschrieben

per Fax an 030-473725-61 oder
als Scan per E-Mail an info@dgzs.de

**Deutsche Gesellschaft
Zahnärztliche Schlafmedizin e.V.**

Geschäftsstelle
Albrechtstraße 14 b
10117 Berlin

ANTRAG AUF MITTEILUNG DER ZUGANGSDATEN

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	Vorname
Straße Hausnummer	PLZ Ort
Telefon	E-Mail
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers

<i>WIRD VON DER DGZS-GESCHÄFTSSTELLE AUSGEFÜLLT</i>	
Der Benutzername	
und das Kennwort	
wurden o.g. DGZS-Mitglied am	übersandt.
Unterschrift DGZS-Geschäftsstelle	