

**Deutsche Gesellschaft  
Zahnärztliche Schlafmedizin e.V.**  
Geschäftsstelle  
Albrechtstraße 14b  
10117 Berlin

Tel. 030-473725-60  
Fax 030-473725-61

[info@dgzs.de](mailto:info@dgzs.de)  
[www.dgzs.de](http://www.dgzs.de)

Gläubiger-ID: DE23ZZZ00000724727

## BEITRITTSANTRAG

Ich möchte ab sofort Mitglied der DGZS werden. (Voraussetzung ist die Approbation als Zahnmediziner oder Mediziner.)

### 1| Persönliche Daten Herr Frau

---

TITEL	NAME DES ANTRAGSTELLERS	VORNAME	GEBURTSDATUM
-------	-------------------------	---------	--------------

---

STAATSEXAMEN (UNIVERSITÄT)	FACHRICHTUNG
----------------------------	--------------

Ich bin Ausbildungsassistent/in *(Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen.)*

Versand von DGZS-Mitteilungen bitte an meine

Dienstadresse  Privatadresse

**DIES IST MEINE DIENSTADRESSE:**

---

PRAXISNAME

---

STRASSE HAUSNUMMER	PLZ ORT
--------------------	---------

---

E-MAIL	TEL.	FAX
--------	------	-----

**DIES IST MEINE PRIVATADRESSE:**

---

STRASSE HAUSNUMMER	PLZ ORT
--------------------	---------

---

E-MAIL	TEL.	MOBIL
--------	------	-------

Seite 1 von 2

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich approbierter

- Zahnmediziner       Mediziner bin *(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

---

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

## 2| Eintragung in die Online-Mitgliederdatenbank

- Ich möchte mit meiner Dienstadresse auf der DGZS-Website ([www.dgzs.de](http://www.dgzs.de)) genannt werden, damit Patienten und Überweiser meine Praxis finden.
- Ich bitte um Nennung meiner Praxis-Internet-Adresse auf der DGZS-Website ([www.dgzs.de](http://www.dgzs.de)) und bin damit einverstanden, dass diese entsprechend verlinkt wird:

---

MEINE-PRAXIS-INTERNET-ADRESSE *(Bitte vollständige Internet-Adresse angeben.)*

---

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

## 3| Einzugsermächtigung

Eine Einzugsermächtigung ist Voraussetzung für die Mitgliedschaft lt. § 13 „Mitgliedsbeiträge“ der Geschäftsordnung der DGZS.

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin bis auf Widerruf und mit Ankündigung, den jährlichen Mitgliedsbeitrag i. H. v. EUR 96,00 (ermäßigt EUR 48,00 für Ausbildungsassistenten bzw. mit Vollendung des 65. Lebensjahres) von meinem u. g. Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Der Beitrag wird unabhängig vom Eintrittsdatum pro Kalenderjahr erhoben.

---

IBAN

BIC

---

BANKNAME

KONTOINHABER

---

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DES KONTOINHABERS