

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

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

info@dgzs.de
www.dgzs.de

Gläubiger-ID: DE23ZZZ00000724727

BEITRITTSANTRAG

Ich möchte ab sofort Mitglied der DGZS werden.

(Voraussetzung ist die Approbation als Zahnmediziner oder Mediziner.)

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Identifikationsnachweises bei. Alle Daten, die nicht zur Identifikation benötigt werden, dürfen geschwärzt werden.

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
--------	------	-------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich approbierter

- Zahnmediziner Mediziner bin *(Zutreffendes bitte ankreuzen und eine Kopie als Nachweis beilegen.)*

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

2| Eintragung in die Online-Mitgliederdatenbank

- Ich möchte mit meiner Dienstadresse auf der DGZS-Website (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) 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.

Sobald meine Probemitgliedschaft abgelaufen ist, ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin e.V., Albrechtstr. 14 b, 10117 Berlin, ab dem 01.01.2023, den jährlichen Mitgliedsbeitrag i. H. v. EUR 96,00 (ermäßigt EUR 48,00 für Ausbildungsassistenten) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Beitrag wird unabhängig vom Eintrittsdatum pro Kalenderjahr erhoben. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

BIC

BANKNAME

KONTOINHABER

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DES KONTOINHABERS

DGZS e.V.

Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin
Albrechtstraße 14b, 10117 Berlin
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE55 3006 0601 0005 1682 01
BIC: DAAEDEDXXX

Kontakt

Tel. 030-473725-60
Fax 030-473725-61
info@dgzs.de, www.dgzs.de

VrNr. 20669NZ, Sitz: Berlin

Vorstand

Dr. Claus Klingenberg, Aersen
Dr. Dagmar Norden, Oldenburg
Dr. Horst Kares, Saarbrücken
Prof. Dr. Heike Korbmacher-Steiner, Marburg
Dr. Emil Krumholz, Frankfurt