

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V. (DGEndo)**
 Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig | 0341/48474-202 | 0341/48474-290 | sekretariat@dgendo.de

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

PLZ/Ort _____

Straße _____

Telefon _____

Telefax _____

Mobil _____

Email _____

Ich bin:

- Zahnarzt 190 €/Jahr
- Student der Zahnmedizin *beitragsfrei (Nachweis beifügen)*
- Angehöriger Zahnmedizinischer Assistenzberufe (ZMA, ZMF usw.) 55€/Jahr

Ich bin Hochschulangehöriger:

- Ja
- Nein

Name der Hochschule _____

Ich bin auch Mitglied in folgenden Fachgesellschaften:

- AAE AGET BDIZ
- DGParo DGZI DGZ
- DGZMK ESE VDZE

Weitere Fachgesellschaften - Bitte eintragen! _____

Gemäß § 6 (1) der Satzung der DGEndo ist bei Aufnahme in die DGEndo eine Aufnahmegebühr zu zahlen. Außerdem ist ein jährlicher Mitgliedsbeitrag zu entrichten. Laut Geschäftsordnung der DGEndo entspricht die Aufnahmegebühr dem Mitgliedsbeitrag und ist in Höhe eines Jahresbeitrages zu leisten, unabhängig vom Zeitpunkt des Eintretens. Der Aufnahmebeitrag wird mit der Mitteilung der Aufnahme und der Mitgliedsbeitrag am 31. Januar des Jahres fällig. Alles Weitere entnehmen Sie bitte der Satzung und der Geschäftsordnung der DGEndo.

Folgende Kollegen befürworten meine Aufnahme und bestätigen, dass die Aufnahmevoraussetzungen nach § 3(1) erfüllt sind:

1. _____
2. _____

Datum & Ort _____

Unterschrift _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

An (Zahlungsempfänger)
Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V., Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig

Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers:

Name _____ Vorname _____

PLZ/ Ort _____ Straße _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund):

Aufnahmegebühr und Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V.

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos Nr. _____

bei (kontoführendes Kreditinstitut) _____

Bankleitzahl durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum & Ort _____

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen _____

Bearbeitungsvermerk