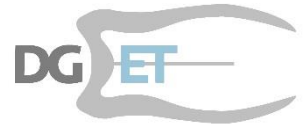




Erhalte Deinen Zahn



Antrag auf Mitgliedschaft und Antrag auf Erweiterung oder Änderung der Mitgliedschaft

bei der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztlichen Traumatologie e.V. (DG-ET)
& wahlweise bei allen DGZ-Verbundgesellschaften

Antragsteller	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Name, Vorname, Titel, Geburtsdatum, Ich bin <input type="checkbox"/> Zahnarzt/Zahnärztin <input type="checkbox"/> Assistent/in** <input type="checkbox"/> Student/in* <input type="checkbox"/> Ruheständler, Approbation (Jahr) Studienende (Jahr) Antrag auf beitragsfreie Mitgliedschaft *Für Assistent/innen und Student/innen (Nachweis erforderlich) gelten die unter „Neuantrag Mitgliedschaft“ angegebenen Beitragsermäßigungen.
Adresse dienstlich	Bitte senden Sie meine Post an meine <input type="checkbox"/> Dienstadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse Praxis/Klinik/Firma, Straße PLZ Ort, Telefon / Mobilnummer Fax E-Mail
Adresse privat Straße PLZ Ort, Telefon Fax E-Mail
Neuantrag Mitgliedschaft	<p>Es stehen zwei Varianten der Mitgliedschaft in der DG-ET zur Auswahl. Aus der gewählten Mitgliedsvariante ergibt sich der jeweils gültige Beitragssatz. Durch die Assoziation der DG-ET mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist die DG-ET-Mitgliedschaft an den Beitritt zur DGZMK gebunden. Der Jahresbeitrag bei der DGZMK beträgt derzeit 85,00 €. Weitere Infos finden Sie unter www.dgzmk.de.</p> <p>Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der DG-ET mit folgender Beitragsvariante (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> DG-ET (DGZ-Plus)** Die Mitgliedschaft besteht in der DG-ET und der DGZ. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 240,00 € und beinhaltet die Jahresbeiträge der DG-ET und der DGZ. Die DG-ET (DGZ-Plus) Mitgliedschaft beinhaltet derzeit die Zeitschrift Endodontie.</p> <p><input type="checkbox"/> DGZ-Premium** Die Mitgliedschaft besteht in der DG-ET und allen angeschlossenen Verbundgesellschaften (DG-ET/DGZ/DGPZM/DGR²Z). Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 270,00 €. Die Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag DGZ-Premium nicht enthalten und kann fakultativ bestellt werden. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie die Zeitschrift nicht erhalten oder abbestellen möchten.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiermit bestelle ich die Zeitschrift <i>Endodontie</i> (derzeit 70 Euro/Jahr) <input type="checkbox"/> Ich bestelle ich die Zeitschrift <i>Endodontie</i> nicht/ab</p> <p>Die Satzung der DG-ET erkenne ich mit meiner Unterschrift an (siehe unter www.dget.de).</p> <p>Für Studierende der Zahnmedizin ist die Mitgliedschaft beitragsfrei. Die Vollmitgliedschaft ist mit Beendigung des Studiums zu beantragen. Mit dem Übergang in die Vollmitgliedschaft gelten die nachfolgend aufgeführten Assistentenermäßigungen.</p> <p>** Für Assistenten gilt bei der Variante „DG-ET (DGZ-Plus)“ der jährliche Mitgliedbeitrag in Höhe von 155 Euro; bei der Variante „DGZ-Premium“ in den ersten 4 Jahren nach der Approbation eine Ermäßigung von 50 % auf den jeweils gültigen Jahresbeitrag.</p>
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> automatischer Bankeinzug (Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus)
Änderung Mitgliedschaft	Ich möchte eine Änderung an der bestehenden Mitgliedschaft vornehmen. Derzeit bin ich Mitglied mit der Mitgliedsvariante <input type="checkbox"/> DGZ-Basis <input type="checkbox"/> DG-ET (DGZ-Plus) <input type="checkbox"/> DGZ-Premium
 Datum, Unterschrift
Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit SEPA-Lastschriftmandat im Original an: DG-ET Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. Sohnstr. 65 40237 Düsseldorf Tel.: +49 (0)211-4174646-0 Fax: +49 (0)211-4174646-9 E-Mail: sekretariat@dget.de Web: www.dget.de www.ErhalteDeinenZahn.de	

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen: Mitglied der DGET

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/For SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und
zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)
Sohnstr. 65
40237 Düsseldorf

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE93ZZZ00000595621

Mandatsreferenz (= Ihre 4-stellige Mitgliedsnummer, z.B. 0073)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n die **Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname Name)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Kreditinstitut

BIC

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------