



Faxantwort an: 08 71 - 966 44 78

## Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im DZOI e.V.

Fax 08 71 - 96 64 478

Name .....

Vorname .....

Titel .....

Geb .....

PLZ .....

Ort .....

Straße .....

Tel. ....

Fax .....

@mail .....

URL: www .....

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift

### Jährlicher Mitgliedsbeitrag

(bitte ankreuzen)

- Ordentliches Mitglied OM** € 255.-  
ärztliche und/oder zahnärztliche Approbation  
bitte dem Antrag beilegen
- Familienmitglied FamM** € 130.-  
ärztliche und/oder zahnärztliche Approbation  
Familienangehöriger ist ordentliches Mitglied
- Förderndes Mitglied FM** ab € 500.-  
- (Industrie) nicht stimmberechtigt
- Kooperatives Mitglied KM** € 180.-  
Zahntechniker  
- nicht stimmberechtigt
- Studenten** (bis zur Approbation) **beitragsfrei**  
- nicht stimmberechtigt
- Rentner** **beitragsfrei**  
- nicht stimmberechtigt

Nach Eingang des Mitgliedsbeitrags erhalten Sie  
Ihre Mitgliedsurkunde und die Satzung.

### Tätigkeitsschwerpunkte

- Implantologie     Laserzahnmedizin
- Paradontologie
- Sonstiges (z.B. Magister, Oralchirurgie . . .)

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das DZOI widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen:

IBAN ..... BIC .....

Bank .....

Gläubiger-Ident.Nr.: DE 54 ZZZ 00000022083    Mandatsreferenznummer .....

Datum ..... Unterschrift .....