



Deutsches Zentrum  
für orale Implantologie e.V.

Faxantwort an: 08 71 - 966 44 78

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

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
- Assistenzarzt** € 100.-  
- nicht stimmberechtigt
- 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 .....

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

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