

Antrag zur Aufnahme der Mitgliedschaft in der
Deutschen Gesellschaft Zahn- und Medizin
für Sportler e.V. (DGZMS)

Per Mail an: info@dgzms.de
oder
Per Fax an: **0341 23 10 60 88**

Hiermit beantrage ich :

Titel: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/Land: _____

(Melde-) Anschrift:

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Bundesland: _____ Staat: _____

Telefon (Festnetz): _____ Mobil/Funk: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Name der Praxis / Labores / Firma: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung / Anerkannte Berufsbezeichnung / Abgeschlossenes Studium:

Datum und Ort des Berufsabschlusses/Anerkennung/Approbation:

Qualifikationen/Zertifizierungen/Tätigkeitsschwerpunkte:

Bitte ankreuzen:

Freizeit-Sportler Berufs-Sportler Vereins-/Verbandsmitglied, seit: _____

Name des Sport-Vereins / -Verbandes: _____

Medaillien/ Pokale/ Sonstige Würdigungen: _____

Sonstiges / Was Sie uns noch mitteilen möchten: _____

die Aufnahme in die DGZMS e.V. ab dem : _____

Aufnahme- und Bearbeitungsgebühr einmalig: 15 €

Bitte ankreuzen (Jahresbeitrag *180€, *95€, *75€, *35€) :

- Ordentliches Mitglied (Selbständige 180€ / Angestellte 95 € / per anno)
- Erwachsene (volljährige) inaktive, korrespondierende und fördernde Mitglieder
(Aufnahmegebühr entfällt, der Mitgliedsbeitrag kann auf Vorstandsbeschuß entfallen)
- Ehrenmitglied (0€)
- Kinder und Jugendliche (nicht volljährig), Studenten und Auszubildende (35 €
per anno / Ausbildungsvertrag, Immatrikulationsbescheinigung ist vorzulegen)
- Ermäßigter Beitrag (75 € per anno) ab 2. Mitglied (desselben/derselben
Vereines/ Verbandes / Betriebes / Firma / Familie pro Zahlungspflichtigen)

Mitglieds-Nr. :

(bitte nicht ausfüllen)

Über Ihre Mitglieds-Aufnahme in die DGZMS entscheidet der Vorstand in der nächsten Sitzung. Sie werden über den Entscheid Ihres Antrages zur Aufnahme der Mitgliedschaft in die DGZMS umgehend schriftlich informiert. Nach Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft können Sie entweder den ausstehenden Betrag (Aufnahmegebühr + Mitglieds-Jahresbeitrag) auf das unten aufgeführte Konto überweisen oder Sie erteilen uns ein SEPA-Mandat zur Abbuchung der Jahresbeiträge. Erst nach Erhalt der Aufnahmegebühr/ Mitglieds-Jahresbeitrages wird Ihre Mitgliedschaft wirksam.

Bitte ankreuzen:

- Ich habe die Vereins-Satzung gelesen und erkenne diese an.
- Ich habe insbesondere die Abschnitte zur Kündigung und zum Ausschluss der Mitgliedschaft gelesen.
- Datenschutz ist Vertrauenssache. Ich habe die Datenschutz-Bestimmungen des Vereines gelesen und erkenne diese an.
- Ich wünsche alle Vereins-Informationen und Veranstaltungen auf: dem Postweg
 per E-Mail.
- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag bis zum 01.01. eines Jahres auf das Konto der DGZMS e. V
KTO: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank Filiale Nürnberg | IBAN: DE59 3006 0601 0404 7241 27
BIC: DAAEDEDXXX.
Bei Mitgliedern, die nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird entsprechend der Satzung eine Bearbeitungsgebühr von 10,- € erhoben.
- Ich erteile der DGZMS zur Abbuchung der Mietgliedsbeiträge das anhängende SEPA-Mandat.

SEPA – Lastschrift - MANDAT

für die Deutsche Gesellschaft Zahn- und Medizin für Sportler

Ich ermächtige die DGZMS, Deutsche Gesellschaft Zahn- und Medizin für Sport e. V. , Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von der DGZMS, Deutsche Gesellschaft Zahn- und Medizin für Sport e. V., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger-ID DGZMS e.V.:	DE59 3006 0601 0404 7241 27
Mandatsreferenz:	DGZM Mitgliedsbeitrag
Name des Kontoinhabers:	_____
Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen:	_____
IBAN (in D: DE+20 Ziffern):	_____
BIC Code:	_____
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift