



Deutsche Gesellschaft für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Liesegangstraße 17a

40211 Düsseldorf

BEITRITTSERKLÄRUNG
STUDENTEN
zur **DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE e.V.**

Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Studienuniversität _____

Approbation vorauss.: _____

männlich weiblich

Semesteradresse (=Dienstadresse)

Straße: _____

Land: _____

PLZ, Wohnort: _____

Mobiltelefon / Festnetz _____

Fax: _____

E-Mail _____

Heimatadresse (=Privatadresse)

Straße: _____

Land: _____

PLZ, Wohnort: _____

Mobiltelefon / Festnetz _____

Fax: _____

Post

Wohin soll die DGZMK Ihre Post
schicken ? Heimatadresse
 Semesteradresse

Anschriftenänderungen der Versandadresse werde ich der DGZMK unaufgefordert mitteilen

Ich nehme zur Kenntnis, daß für mich als Student kein Beitrag fällig ist und daß ich später als Assistent bis zum 3. Jahr nach der Approbation einen Beitrag von 65,00 € zu zahlen habe (Stand: 01.01.2008).

Dieser Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie dieser Anmeldung eine aktuelle Studienbescheinigung mit der Angabe des derzeitigen Studienseesters beifügen.

Datum: _____ Unterschrift: _____
Stempel