

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der **Deutsche Gesellschaft für mikroinvasive Zahnmedizin (DGmikro) e.V.**  
[kontakt@dgmikro.de](mailto:kontakt@dgmikro.de) Fax: +49 (2064) 59 864

<b>Name</b>	_____	<b>Strasse</b>	_____
<b>Vorname</b>	_____	<b>Telefon</b>	_____
<b>Titel</b>	_____	<b>Telefax</b>	_____
<b>Geburtsdatum</b>	_____	<b>Mobil</b>	_____
<b>Beruf</b>	_____	<b>E-Mail</b>	_____
<b>PLZ/Ort</b>	_____		

Ich bin:

**Zahnarzt 95 €/Jahr**

**Student der Zahnmedizin beitragsfrei (Nachweis beifügen)**

**Angehöriger Zahnmedizinischer Assistenzberufe (ZMA, ZMF) 40€/Jahr**

Gemäß § 15 der Satzung der DGmikro ist bei Aufnahme in die DGmikro die Jahresgebühr zu zahlen, unabhängig vom Zeitpunkt des Eintretens. Der Jahresbeitrag wird mit der Mitteilung der Aufnahme und in den Folgejahren am 31. März des Jahres fällig. Alles Weitere entnehmen Sie bitte der Satzung und der Geschäftsordnung der DGmikro.

---

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

An (Zahlungsempfänger) **Deutsche Gesellschaft für mikroinvasive Zahnmedizin (DGmikro) e. V.**

Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund):

**Aufnahmegebühr und Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der Deutsche Gesellschaft für mikroinvasive Zahnmedizin (DGmikro) e. V.**

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos Nr. \_\_\_\_\_

bei (kontoführendes Kreditinstitut) \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum & Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_