



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 € 255.-
Approbation bitte dem Antrag beilegen
- Familienmitglieder € 130.-
Approbation bitte dem Antrag beilegen
- Förderndes Mitglied (Industrie)** ab € 500.-
- Assistenzarzt/ärztin € 100.-
- Kooperatives Mitglied** beitragsfrei
- Studenten/in** beitragsfrei
- Rentner (nach Praxisaufgabe)** beitragsfrei

***nicht stimmberechtigt*

Nach Eingang des Mitgliedsbeitrags erhalten
die stimmberechtigten Mitglieder ihre
Mitgliedsurkunde und die Satzung.

Tätigkeitsschwerpunkte

- Implantologie Laserzahnmedizin
- Paradontologie
- Sonstiges (Magister, Oralchirurgie etc.)

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

Wir weisen darauf hin, dass ab dem 25.05.2018 **neue Datenschutzhinweise** gelten. Die bestehenden Datenschutzhinweise werden damit an die Regelungen der Europäischen Datenschutzverordnung angepasst.

Datum Unterschrift