

Mitgliedschafts-Antrag Gesellschaft für präventive Zahnheilkunde (GPZ) e.V.

Ich beantrage meine Mitgliedschaft in der Gesellschaft für präventive Zahnheilkunde (GPZ) e.V.

Ich gehöre zum (bitte ankreuzen)

Personenkreis	Jahres- beitrag
<input type="checkbox"/> 1. Zahnärzte/innen	€ 95,00
<input type="checkbox"/> 2. Dentalhygieniker/innen	€ 40,00
<input type="checkbox"/> 3. Zahnmedizinische Fachhelfer/innen	€ 40,00
<input type="checkbox"/> 4. Prophylaxe-Helfer/innen, Prophylaxe-Assistenten/innen	€ 40,00
<input type="checkbox"/> 5. In der zahnmedizinischen Forschung tätig	€ 95,00

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von

€ _____ (bitte eintragen)

soll bis auf Widerruf von meinem
nebenstehenden Konto abgebucht werden.

(bitte ankreuzen)

Titel / Name

Vorname

Beruf

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon / Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ich bin damit einverstanden, dass meine
personenbezogenen Daten zum Zweck der
regelmäßigen Aufgabenerfüllung der GPZ e.V.
gespeichert werden.

Gesellschaft für Präventive Zahnheilkunde e.V.

Gesellschaft für Präventive Zahnheilkunde e.V.
Herdweg 50
70174 Stuttgart
Kontakt: Mara Epple
Telefon 0711 227 16 -55 | Telefax 0711-227 16 41 | E-Mail: info@gpz.de

Datum / Unterschrift