

**Antwort:**

Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde e.V.  
c/o Universitätsklinikum Aachen  
Klinik für Zahnerhaltung  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen

Tel.: 0241 8088164  
Fax: 0241 803388164  
E-Mail: sekretariat@dgl-online.de  
Bank: Sparkasse Aachen  
IBAN: DE56 3905 0000 0042 0339 44  
BIC: AACSD33

## Aufnahmeantrag



Name/Titel: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Approbation: \_\_\_\_\_

Status:  selbstständig  angestellt  Beamter  Student  ZMF/ZAH

Adresse:

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

Land: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Aufgrund des bestehenden Assoziationsvertrages zwischen der DGL und der DGZMK fällt zusätzlich ein reduzierter Jahresbeitrag für die DGZMK an (85,00 € p.a., falls Sie noch nicht Mitglied der DGZMK sind). Der Beitragseinzug erfolgt durch die DGZMK-Geschäftsstelle, Liesegangstr. 17a, 40211 Düsseldorf. Sie werden hierfür angeschrieben.

Mit der Stellung dieses Aufnahmeantrages versichere ich, dass ich

seit dem \_\_\_\_\_ in der eigenen Praxis mit einem Laser des Typs \_\_\_\_\_ arbeite (genaue Bezeichnung).

in der Praxis \_\_\_\_\_ beschäftigt bin.

in der Abt. der Universität \_\_\_\_\_ beschäftigt bin.

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde e.V.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum vollständige Unterschrift

**Jahresbeitrag:** Für stimmberechtigte Mitglieder bei Bankeinzug 150,00 €.

Sofern keine Einzugsermächtigung gewünscht wird, wird ein Verwaltungsbeitrag von 31,00 € p.a. fällig.

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich bin einverstanden, dass der DGL-Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abgebucht wird.

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

BIC: \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kto.-Inhabers

\_\_\_\_\_  
Diese Erklärung gilt bis auf schriftlichen Widerruf