



Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.  
Neufferstraße 1

93055 Regensburg

Fax: 0941-942 799 22

## VOLLMACHT

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag für die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DGP) und mein Beitrag zur Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK) **ab dem Jahr 2009**

**von meinem Konto Nr.....**

**bei der ..... Bank**

**in ..... BLZ .....**

**Kontoinhaber**

**Vor- und Zuname, MG-Nr.: .....**

bis auf Widerruf durch die Apotheker- und Ärztebank abgebucht wird.

Die DGP bucht lediglich ihren Mitgliedsbeitrag ab:

reguläres Mitglied:	€ 130,00
Familienangehörige eines DGP-Mitglieds	€ 70,00
Assistenten (bitte Kopie der Approbationsurkunde beilegen)	€ 70,00
ZMF, DH	€ 65,00

### **DGZMK-Beitrag:**

Die DGZMK bucht ihren Beitrag eigenständig von dem benannten Konto ab.

Verminderter Beitrag für Mitglieder assoziierter Gesellschaften EUR 85,--\*

Verminderter Beitrag für Assistenten, die Mitglied in assoziierten Gesellschaften sind (bis max. 3 Jahre nach Approbation): EUR 65,--\*

Eine ZMF, DH Mitgliedschaft in der DGZMK ist nicht möglich!

\* Der DGZMK Beitrag wird per Bankeinzug erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,- € erhoben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift