

AUFNAHMEANTRAG

Mitgliedschaft im Interdisziplinären Arbeitskreis Oralpathologie und Oralmedizin

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____ e-mail: _____

Adresse (privat): _____

Telefon (dienstlich): _____ e-mail: _____

Zahnärztliches Studium:

Von _____ bis _____

Studienorte: _____

Approbation: _____

Promotion: _____

Ärztliches Studium:

von _____ bis _____

Studienorte: _____

Approbation: _____

Promotion: _____

Fachausbildung Pathologie in _____

Fachausbildung Zahnarzt-Oralchirurgie in _____

Fachausbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in _____

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pathologie?

Ja

Nein

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde?

Ja

Nein

Der Mitgliedsbeitrag des Interdisziplinären Arbeitskreises Oralpathologie und Oralmedizin innerhalb der DGZMK beträgt jährlich 25 Euro, bei Einzugsermächtigung 15 Euro

Einzugsermächtigung (siehe Seite 2)

Wird beigefügt: Ja Nein

Bankverbindung: AK Oralpathologie

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Filiale Thüringen, BLZ: 100 906 03, Konto-Nr: 0401086707

Bitte schicken Sie diesen Antrag an: Priv.-Doz. Dr. Dr. Oliver Driemel,

Schriftführer Arbeitskreis Oralpathologie/Oralmedizin.

Implantatzentrum Lüneburg, Haagestraße 3, 21335 Lüneburg

oder per Fax an (+49) 4131-404526

Bankeinzugsermächtigung:

Hiermit erteile ich dem Interdisziplinären Arbeitskreis Oralpathologie und Oralmedizin die Genehmigung, den Jahresbeitrag in Höhe von 15 Euro von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Diese Vollmacht kann jederzeit zurückgenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift