

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Bitte vollständig ausfüllen.

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DG PARO) ab dem Kalenderjahr 20 .....

*(Durch die Assoziation der DG PARO mit der DGZMK werden Sie damit automatisch Mitglied der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu deren Konditionen (gilt nicht für ZMFs und DHs), siehe Rückseite. Ihre Daten werden an die DGZMK weitergegeben.)*

- ordentliches DG PARO-Mitglied
- Familienangehöriger des DG PARO-Mitgliedes: .....
- AssistentIn, bis 3 Jahre nach der Approbation/ Approbationsdatum: .....  
*(bitte Bescheinigung beifügen)*
- ZMF, DH *(Urkunde beifügen!)*
- StudentIn *(nur gegen Vorlage einer gültigen ZM-Immatrikulationsbescheinigung)*
- ich bin bereits Mitglied der DGZMK

Name/ Titel\*: .....

Vorname\*: ..... Geburtsdatum: .....

### Praxis-/Dienstadresse:

Praxis/ Uni\* (nur als Adresszusatz): .....

Straße\*: .....

PLZ, Ort\*: .....

Telefon (Praxis)\*: ..... Fax (Praxis): .....

E-Mail: ..... Web-Adresse\*: .....

Telefon (privat/ mobil): .....

### abweichende Korrespondenzadresse:

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

\*Angaben für die Behandlersuche: Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten in der Behandlersuche auf der Homepage der DG PARO einverstanden (Hinweis auf der Rückseite)  ja  nein

Im Beitrag von ordentl. Mitgliedern, Familienmitgliedern und Assistenten ist der online-Zugang zum Journal of Clinical Periodontologie (JCP) enthalten. Für die Einrichtung des Online-Zugangs werden Ihre Anschrift und E-Mailadresse an die EFP (EFP-office, Madrid, Spain, [www.efp.org](http://www.efp.org)) weitergeleitet. Mit der Weitergabe dieser Angaben für die EFP bin ich einverstanden. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.  ja  nein

Die Daten werden nur zum Zwecke der Mitgliedsverwaltung und der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung erhoben und verarbeitet. Ich gebe dazu meine Einwilligung, diese kann jederzeit widerrufen werden. Hiermit erkläre ich den Beitritt zur DG PARO und zur DGZMK und gebe mein Einverständnis zur Weiterleitung meiner Daten zur DGZMK. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

### **Behandlersuche**

Auf der Website: [www.dgparo.de](http://www.dgparo.de) gibt es eine Spezialisten-/Master- und demnächst auch eine Behandlersuche. Dort werden nur aktive Zahnärztinnen, Zahnärzte (auch Assistenten)geführt.

### **Für die Mitgliedschaft in der DG PARO und dem daraus resultierenden Mitgliedsbeitrag gelten ab 2017 folgende Regelungen:**

Der **reguläre DG PARO-Mitgliedsbeitrag** beträgt 160,- €. (DGZMK 85,- €\*)

Der **Mitgliedsbeitrag für Assistenten** beträgt 100,- € (DGZMK 65,-€\*) bis maximal 3 Jahre nach Approbation. Bitte schicken Sie mit der Beitrittserklärung eine Kopie Ihrer Approbationsurkunde. Nach Ablauf der Frist wird Ihr Beitrag automatisch auf 160,- € angehoben.

**Familienangehörige von DG PARO-Mitgliedern** bezahlen 100,-€ (DGZMK 85,- €\*).

Die **studentische Mitgliedschaft** in der DG PARO (ebenso auch bei der DGZMK) ist gegen Vorlage einer gültigen Immatrikulationsbescheinigung, die nach Ablauf eines Jahres erneut vorzulegen ist, kostenlos. Bei Beendigung des Studiums geht die Mitgliedschaft automatisch in eine ordentliche Mitgliedschaft über (siehe Satzung).

(\*Die DGZMK erhebt ihren Beitrag selbst. Derzeit beträgt der verminderte DGZMK-Beitrag für Mitglieder assoziierter Gesellschaften 85,- €. Der DGZMK Beitrag wird per Bankeinzug erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird eine **Bearbeitungsgebühr** von 10,- € erhoben.)

Der DG PARO-Mitgliedsbeitrag für **DentalhygienikerInnen, Zahnmedizinische FachassistentInnen** und **Prophylaxe-Assistentin** beträgt 95,-€ kalenderjährlich.

Bitte beachten Sie:

Eine DH oder ZMF-Mitgliedschaft in der DGZMK ist nicht möglich.

Studierende, DentalhygienikerInnen, Zahnmedizinische FachassistentInnen und Prophylaxe-AssistentInnen sind in der Mitgliederversammlung nicht stimmberechtigt.

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.  
 Neufferstraße 1  
 93055 Regensburg

Fax: 0941-942 799 22

**SEPA-Lastschriftmandat** *(nur ausfüllen bei beitragspflichtiger Mitgliedschaft)*  
 Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

Mandatsreferenz: DG PARO Beitrag  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000518457

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DG PARO auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| Kontoinhaber (Vorname, Name)        |      |
| Name des Mitglieds falls abweichend |      |
| Straße Hausnummer                   |      |
| PLZ, Ort, Land                      |      |
| Kreditinstitut                      | BIC* |
| IBAN*                               |      |

\* Bitte vollständig angeben.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat für die Mitgliedsbeiträge der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V.**

*SEPA-Lastschriftmandat für die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde e. V.*  
 Gläubiger-ID: DE05ZZZ00000506898 Mandatsreferenz: DGZMK Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde e. V. die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. eingezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:

BIC:

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts:

Name des Kontoinhabers:

Stempel / Datum / Unterschrift: