

Antrag auf Mitgliedschaft

Name Antragsteller:in	Vorname
Niedergelassen ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein, angestellt bei: _____
Praxisadresse	PLZ, Ort
Telefon (Praxis)	
E-Mail für die interne Nutzung zum Versand von Mitgliederinformationen	Website
	PLZ, Ort
Privatadresse	Telefon (Mobil)

Erfolgreich abgeschlossene spezielle Ausbildung (Abschlusszertifikat bitte in Kopie beifügen):

Nennen Sie zwei Mitglieder, die Ihre Mitgliedschaft befürworten:

Name Mitglied 1

Name Mitglied 2

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift

Welche Behandlungsmethoden werden in Ihrer Praxis angewandt:

Intubationsnarkose ja nein

Inhalationssedierung ja nein mit Prämedikation ja nein

Hypnose-Techniken ja nein

Seit wann behandeln Sie vorwiegend Kinder? _____

Wie hoch ist der Kinderanteil (0 - 12 J.) in Ihrer Praxis
(bei Gemeinschaftspraxen oder Angestellten-
verhältnis der Kinderanteil von Antragsteller:in): _____

Besuchte Fortbildungen im Bereich Kinderzahnmedizin
in den letzten 5 Jahren, bitte Belege in Kopie beifügen. _____

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin seit: _____

Mitglied in anderen Gesellschaften: _____

Bitte fügen Sie einen Lebenslauf unter Berücksichtigung des beruflichen Werdeganges und die Fortbildungs-
nachweise in Kopie bei.

Beitrag: ordentliches Mitglied 130,- EUR außerordentliches Mitglied 65,- EUR

Ich erteile die Ermächtigung zum Bankeinzug des Mitgliedsbeitrages, indem ich das SEPA-Lastschriftman-
dat diesem Formular beigelegt habe. Mir ist bekannt, dass bei Nichterteilung des Lastschriftmandates eine
Bearbeitungsgebühr in Höhe von 30,- EUR erhoben wird. Der Beitrag wird nach Zustellung der Rechnung
eingezogen. Ich bin mit der DSGVO konforme Verwendung meiner Daten einverstanden, insbesondere mit der
Zustellung der Einladung zur Mitgliederversammlung und anderen Mitgliederinformationen per E-Mail.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Dieses Formular bitte digital ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und mit allen Unterlagen an:
Dr. Monika Prinz-Kattinger c/o Bundesverband der Kinderzahnärzt:innen, Heubergweg 1A, 83080 Oberaudorf schicken.
Bitte unbedingt das SEPA Lastschriftmandat ebenfalls digital ausfüllen und mitschicken!
Es werden nur gut lesbare Anträge mit vollständigen Unterlagen bearbeitet.