



# GZOC

*Gesellschaft für Zahnheilkunde  
& Orale Chirurgie e.V.*

## **Persönliche Daten**

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Praxis, Klinik \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax, Mobil-Nr \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kammer/ KZV-Bereich \_\_\_\_\_

## **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für Zahnheilkunde und Orale Chirurgie e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ Kontoinhaber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel



GZOC

*Gesellschaft für Zahnheilkunde  
& Orale Chirurgie e.V.*

## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich gemäß § 5 der Satzung der Gesellschaft für Zahnheilkunde und Orale Chirurgie (GZOC) e.V. die Mitgliedschaft zum 01.\_\_\_\_\_.

### Persönliche Daten

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Praxis, Klinik \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax, Mobil-Nr \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kammer/ KZV-Bereich \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt pro Kalenderjahr 150,00 €.

---

Datum und Unterschrift

Stempel

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für Zahnheilkunde und Orale Chirurgie e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ Kontoinhaber \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift

Stempel