



Beitrittserklärung

An die
Geschäftsstelle der Schleswig-Holsteinischen
Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, MME
Arnold-Heller-Str. 16
24105 Kiel

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (**SHGZMK**) und erkenne die Satzung (www.shgzmk.de) an.

Titel, Nachname, Vorname

Geb. Datum

Emailadresse

Telefon

Praxis-Adresse

Privat-Adresse

Korrespondenz bitte an meine Email-Adresse Privat-Adresse Praxis Adresse

Der Jahresbeitrag beträgt z.Zt. 40.-€, bei Bankabruf oder Zahlung über die KZV-Schleswig-Holstein erfolgt eine Ermäßigung auf 30.-€.

- Ich bin bereits Mitglied** in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (**DKZMK**)*
- Ich erkläre hiermit meinen Beitritt** zur Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (**DKZMK**), bitte leiten Sie meine Beitrittserklärung weiter*

Bei Mitgliedschaft in beiden Gesellschaften ermäßigt sich der Beitrag der DGZMK derzeit um 20.-€ von 95.-€ auf 75.-€ jährlich. Hinzu kommt dann der Beitrag für die SHGZMK von 30.-€ bzw. 40.-€

Der gemeinsame Jahresbeitrag beträgt z.Zt. somit 115.-€. Bei Bankabruf oder Zahlung über die KZV ermäßigt sich der Beitrag auf 105.-€. Der Jahresbeitrag der DGZMK wird dann gemeinsam mit dem Jahresbeitrag der SHGZMK eingezogen. Die gemeinsame Abrechnung beginnt im ersten Jahr nach dem Beitritt zur SHGZMK

- Ich bin einverstanden, dass die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein bei Bedarf Änderungen der Anschrift oder der Tätigkeit an die Gesellschaft weitergibt.

Die Zahlung des jeweils gültigen Jahresbeitrages soll erfolgen durch:

- Rechnungsstellung (derzeit 40.-€ bzw. 115.-€)
- Bankeinzug, siehe beigefügte Erklärung zum SEPA-Verfahren (derzeit 30.-€ bzw. 105.-€)
- die KZV Schleswig-Holstein über meine Abrechnungsnummer: _____ (derzeit 30.-€ bzw. 105.-€)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift



An die
Geschäftsstelle der Schleswig-Holsteinischen
Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Arnold-Heller-Str. 16
24105 Kiel

Fax: 0431-597-2860
Email: hjwenz@proth.uni-kiel.de

SEPA-Lastschriftmandat (Wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23217700240002129518

Mandatsreferenz: wird nach Eingang schriftlich mitgeteilt

Ich ermächtige die Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Titel, Nachname, Vorname

Strasse und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages bei Mitgliedschaft in der SHGZMK beträgt 30.-Euro. Bei gleichzeitiger Mitgliedschaft in der DGZMK und SHGZMK beträgt der Mitgliedsbeitrag 105.-Euro. Der Einzug erfolgt jeweils zum 1. April des Jahres. Von der Hauptversammlung beschlossene Beitragserhöhungen werden vor Einzug schriftlich mitgeteilt. Für Mitglieder der ZÄK-SH kann die Mitteilung über Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein erfolgen.