

Universität Münster
Vorstand AKPP
PD Dr. Anne Wolowski
Waldeyerstr. 30
48149 Münster



BEITRITTSERKLÄRUNG
zum AK für Psychologie und Psychosomatik in der ZMK - Heilkunde

Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: Dr. med. dent. o. a. Studienrichtung _____
Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____ männlich weiblich
Approbationsdatum: _____ Promotionsdatum: _____

Dienstadresse

Straße: _____
Land, PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Privatadresse

Straße: _____
Land, PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisadresse und ggf. APW Zertifizierung
im Internet (www.dgzmk.de) einverstanden ja nein

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner E-Mail ADR im Internet
(www.dgzmk.de) einverstanden ja nein

Bankverbindung für Einzugsermächtigung

Der DGZMK Beitrag wird per SEPA-Lastschrift erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht an diesem Verfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 € erhoben.

SEPA Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung:

Gläubiger-ID. DE05ZZZ00000506898

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die DGZMK Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGZMK 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.

BIC:

IBAN:

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts:

Name des Kontoinhabers:

Beitrag:

Ordentliche Mitglieder EURO 95,00

Assistenten bis zum 2. Jahr nach der Approbation EURO 30,00
(bei vorheriger mindestens 1-jähriger DGZMK-Mitgliedschaft als Student)

Assistenten bis zum 3. Jahr nach der Approbation EURO 65,00
(bitte Bescheinigung beifügen)

Wissenschaftler ohne Approbation EURO 75,00

Mitglied nach Vollendung des 65. Lebensjahres EURO 0,00
und Praxisaufgabe (auf Antrag)

Die Mitgliedschaft im AKPP setzt zugleich die kostenpflichtige Mitgliedschaft in der DGZMK voraus. Die Mitgliedschaft im AKPP ist kostenlos.

Datum: _____ Unterschrift: _____