

Aufnahmeantrag

In Kenntnis der Satzung* und der Beitragsordnung* stelle ich den Aufnahmeantrag an die **Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie** (Kranio-Maxillo-Faziale Chirurgie), Gesamtverband der Deutschen Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie als

- ordentliches Mitglied (Facharzturkunde in Kopie beifügen)
- außerordentliches Mitglied Ass.-Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für MKG-Chirurgie
(Approbationsurkunden u. Bestätigung d. Weiterbildung MKG durch den Weiterbilder)
 in- oder ausländischer interessierter Facharzt

Ebenso möchte ich in Kenntnis der Geschäftsordnung* Mitglied im Arbeitskreis Wissenschaft (AKWi) der DGMKG werden (nur möglich bei Mitgliedschaft in der DGMKG – es fallen keine zusätzlichen Kosten an).

Name, Titel: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift **privat**:

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Tel. Mobil: _____

E-Mail **privat**: _____

Anschrift Praxis bzw. Klinik*: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Bundesland: _____ Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Website: _____

(* im Mitgliederverzeichnis führen wir Sie unter Ihrer Praxis- bzw. Klinikanschrift)

Approbationen (Datum und Behörde) – BITTE URKUNDEN IN KOPIE BEIFÜGEN!!:

ärztlich: _____

zahnärztlich: _____

Anträge werden nur bearbeitet, wenn alle im Antrag geforderten Unterlagen vorliegen.

Weiterbildung:

Beginn der Weiterbildung: _____ (voraussichtl.) Ende der WB: _____

Weiterbildungsstätten (Klinik, Leiter der WB, Zeit von bis):

1. _____

2. _____

Sollten Sie bereits DGMKG - Fortbildungsveranstaltungen für den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie oder des Curriculums Parodontologie besucht haben, bitten wir um Zusendung der Teilnahmebescheinigungen (Kopien), damit wir Sie für das Prüfungsgespräch rechtzeitig einladen können.

Anerkennung (Datum, Behörde - bitte Kopien der Urkunden beifügen):

Arzt für MKG-Chirurgie: _____

Zertifizierung Implantologie _____

Plastische Operationen: _____

Weiterbildungsbefugnis im Fach nein jaJahre

Weiterbildungsbefugnis plastische Operationen nein jaJahre

Andere: _____

Liquidationsberechtigung: ja nein

Für ordentliche Mitglieder:

Klinikchef

Oberarzt mit / ohne regelmäßige Nebeneinnahmen: _____

Niedergelassen / Ermächtigt seit _____ KV-, KZV-Zulassung / Ermächtigung

Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft (mit) _____

Belegarzt (Name und Anschrift des Belegkrankenhauses) _____

Anzahl der Belegbetten: _____

Pflichtabonnement der Zeitschrift Der MKG-Chirurg

(ausgenommen vom Pflichtabonnement sind Weiterbildungsassistenten zum MKG-Chirurgen)

Alle Mitglieder sind zum Abonnement des o. g. Publikationsorgans verpflichtet (§5 (5) der Satzung). Der Abonnementpreis wird mit dem Mitgliedsbeitrag erhoben.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Speicherung, Verarbeitung und satzungsgemäßen Weitergabe meiner Mitgliederdaten zu informationellen und wissenschaftlichen Zwecken durch die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einverstanden.

Für außerordentliche Mitglieder
Bewerber/In ist in meiner Klinik zur Weiterbildung
MKG-Chirurgie beschäftigt

Datum / Unterschrift: _____
(Bewerber/In)

Datum / Unterschrift: _____
(Klinikleiter)

SEPA-Lastschriftmandat - Gläubiger-Identifikationsnummer DE98ZZZ00000123335

Mandatsreferenz: wird Ihnen mit dem Begrüßungsschreiben mitgeteilt.

Der Beitrag wird fällig am 31. März eines jeden Jahres und wird immer in der ersten Aprilwoche eingezogen. Im Falle eines unterjährigen Beitritts erfolgt die Abbuchung des sodann zeitanteiligen Beitrags binnen zwei Wochen nach Übersendung des Begrüßungsschreibens.

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Schoppastraße 4 in 65719 Hofheim, Zahlungen für den jährlichen Mitgliedsbeitrag sowie ggf. die jährlichen Kosten für das Pflicht-Abo der Zeitschrift DER MKG-CHIRURG (siehe Beitragsordnung der DGMKG) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift

**Den Aufnahmeantrag bitte zurücksenden an die Geschäftsstelle der Gesellschaft:
DGMKG Geschäftsstelle, Schoppastraße 4, 65719 Hofheim**

Vom Vorstand/ der Geschäftsstelle auszufüllen:

Antrag eingegangen am _____

Art der Mitgliedschaft: ordentliches Mitglied
 außerordentliches Mitglied
 andere _____

Beitragsgruppe: _____