

**ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT
in der Arbeitsgemeinschaft für
Bildgebung in der Zahnheilkunde**

DER VORSTAND

Arbeitsgemeinschaft für Bildung
in der Zahnheilkunde
innerhalb der Deutschen Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
e.V. (DGZMK)

Prof. Dr. med. dent. Ralf Schulze
Leiter Abteilung Oral Diagnostic Sciences
Zahnmedizinische Kliniken
Universität Bern
Freiburgstrasse 7
CH 3010 Bern

Die Mitgliedschaft in der AGBiZ ist bei gleichzeitiger Mitgliedschaft in der DGZMK beitragsfrei.

Mitglied DGZMK seit: _____

Mitgliedsnummer: _____

Ihre persönlichen Daten (bitte absolut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Anrede: Frau Herr

Akademische Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Approbationsdatum: _____

ggf. Promotionsdatum: _____

Dienstadresse (bitte absolut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Straße: _____ Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Land: Deutschland anderes: _____

Telefon Vorwahl: _____ Nr.: _____

Telefax Vorwahl: _____ Nr.: _____

E-Mail: _____

1. Vorsitzender

Prof. Dr. med. dent. Ralf Schulze
Leiter Abteilung Oral Diagnostic Sciences
Zahnmedizinische Kliniken
Universität Bern
Freiburgstrasse 7
CH 3010 Bern

2. Vorsitzende

Dr. med. dent. Clara Döring
Fachzahnärztin für Oralchirurgie
Friedrichstraße 15
D 57518 Betzdorf

Schriftführer

Dr. med. dent. Mark Plachtovics, Ph.D.
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Kieferpunkt Fachpraxis für Implantologie
und Oralchirurgie
Salzbergenerstraße 133 - 135
D 48431 Rheine

Privatadresse (bitte absolut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Straße: _____ Nr. _____
PLZ: _____ Ort: _____
Land: Deutschland anderes: _____
Telefon Vorwahl: _____ Nr.: _____
Telefax Vorwahl: _____ Nr.: _____
E-Mail _____

Einverständniserklärungen

Internet Ich bin mit der Veröffentlichung der Praxis-Adresse im Internet einverstanden.
 Ich bin mit der Veröffentlichung der Praxis-Adresse im Internet nicht einverstanden.
Fachinformationen Ich bin mit der Weitergabe der Praxis-Adresse an ausgewählte Firmen zu meiner gezielten fachlichen Information einverstanden.
 Ich bin mit der Weitergabe der Praxis-Adresse an ausgewählte Firmen zu meiner gezielten fachlichen Information nicht einverstanden.

Stempel (Praxis, Abteilung; falls vorhanden)



Datum _____ **Unterschrift** _____

Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Bildgebung in der Zahnheilkunde vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstandes der DGZMK. Die Mitgliedschaft setzt grundsätzlich die Mitgliedschaft in der DGZMK voraus. Maßgeblich ist die Satzung (www.dgzmk.de, www.agbiz.org).

Eingang: _____
Beschluss: angenommen
 Rückfrage
 abgelehnt
Eintrag Verzeichnis: _____