

Bitte in zweifacher Ausfertigung drucken und zusenden:

Antrag auf Mitgliedschaft

Bundesverband der Kinderzahnärzte

Name des Antragstellers

Vorname

Niedergelassen ja

nein, Angestelltenverhältnis bei:

Praxisadresse

PLZ

Ort

http://
Homepage

Email

Privatadresse

PLZ

Ort

Telefon (Praxis)

Fax

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Bankverbindung

IBAN

BIC

(erforderliche Angaben, Beiträge werden zum 31.03. des laufenden Jahres abgebucht)
Mitglieder, die nicht am Abbuchungsverfahren teilnehmen, entrichten ihre Beiträge bis
spätestens 31.01. eines jeden Jahres auf das Beitragskonto des Vereins. Es ist eine
Bearbeitungsgebühr von zusätzlich € 30,- zu zahlen.

Erfolgreich abgeschlossene spezielle Ausbildung (**Abschlusszertifikat erforderlich**):

Wie lange besteht Ihre Praxis? Seit:

Nennen Sie bitte 2 Mitglieder, die Ihre Mitgliedschaft befürworten:

Name Mitglied 1

Name Mitglied 2

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift

Welche Behandlungsmethoden werden in Ihrer Praxis angewandt:

Intubationsnarkose: ja nein

Inhalationssedierung: ja nein

Mit Prämedikation: ja nein

Hypnosetechniken: ja nein

Seit wann behandeln Sie vorwiegend Kinder in Ihrer Praxis?

Wie hoch ist der Kinderanteil (0-12) in Ihrer Praxis (Bei Gemeinschaftspraxen oder Angestelltenverhältnis der Kinderanteil des Antragstellers): %

Besuchte Fortbildung für Kinderzahnheilkunde in den letzten fünf Jahren:

Betreuung von öffentlichen Einrichtungen: (Kindergärten, Heime, etc.)

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde seit:

Mitglied in anderen Gesellschaften:

Bitte fügen Sie Ihren Unterlagen einen beruflichen Werdegang und Ihre Fortbildungsnachweise bei!

ordentliches Mitglied EUR 130,-

außerordentliches Mitglied EUR 65,-

Ich erteile die Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen, indem ich das SEPA-Lastschriftmandat diesem Formular beigefügt habe.

Datum / Unterschrift

Vorstand: drs. Johanna Maria Kant, Schriftführerin: Dr. Jacqueline Esch,
Kassenwart: Dr. Monika Prinz-Kattinger. Bankverbindung: Deutsche Apotheker und Ärzte Bank,
Kontonummer: 4976959, BLZ: 70090606 Sitz des Vereins: D 81373 München, Kontakt über Tel.
089/ 74746516, Fax: 089/ 74746520, E-Mail: kant(at)kinderzahnaerzte.de

Dieses Formular bitte 2x drucken, unterschreiben und mit Duplikat und den übrigen erforderlichen Unterlagen einsenden an: **Bundesverband der Kinderzahnärzte, z. H. Fr. Dr. Monika Prinz-Kattinger, Dorotheenstr. 3, 45130 Essen.** Denken Sie bitte auch daran, das **SEPA-Lastschriftmandat** auszufüllen, zu unterschreiben und mitzuschicken.

Es werden nur Anträge mit vollständigen Unterlagen bearbeitet.