

Ich, Frau/Herr (Titel, Vor- und Zuname):

.....

| | | |
|--|---|--|
| <p>beantrage hiermit die Zweitmitgliedschaft bei der Österreichischen Gesellschaft für Implantologie und bestätige verbindlich, bei dem Zweigverein oder der Fachgesellschaft:</p> <p>.....</p> <p>(Bitte unbedingt ausfüllen – danke!)</p> <p>der Österreichischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, bereits als Mitglied gemeldet zu sein</p> | <p>beantrage hiermit die Mitgliedschaft bei der Österreichischen Gesellschaft für Implantologie und, da ich noch nicht bei der ÖGZMK als ordentliches Mitglied gemeldet bin, gleichzeitig die Mitgliedschaft bei der Österreichischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, als</p> | <p>bin Student und beantrage hiermit die geförderte Mitgliedschaft bei der Österreichischen Gesellschaft für Implantologie. Die Mitgliedschaft bei der ÖGZMK ist davon ausgeschlossen. Ausbildung bei:</p> <p>.....</p> <p>voraussichtl. Ausbildungsende:</p> <p>.....</p> |
| <p>• ordentliches Mitglied ÖGI</p> <p>jährl. Mitgliedsbeitrag : € 88,00 *</p> <p><small>*) davon werden € 31,00 an den Deutschen Ärzte-Verlag für den <u>ZZI-online</u> Zugriff abgeführt. ZZI = Zeitschrift für zahnärztliche Implantologie</small></p> | <p>• ordentliches Mitglied ÖGI und ÖGZMK</p> <p>jährl. Mitgliedsbeitrag: € 166,00*</p> <p><small>*) davon werden € 78,00 an den Dachverband der ÖGZMK (für die Mitgliedschaft und das Abonnement Stomatologie) und € 31,00 an den Deutschen Ärzte-Verlag für den <u>ZZI-online</u> Zugriff abgeführt.</small></p> | <p>• studentisches Mitglied ÖGI</p> <p>jährl. Mitgliedsbeitrag: € 0,00</p> |
| <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> | <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> | <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> |

DATEN FÜR DIE MITGLIEDERLISTE AUF DER WEBSITE DER ÖGI:

| | |
|-----------------------|-------|
| Titel, akadem. Grad: | w. o. |
| Vor- und Nachname: | w. o. |
| Ordinationsadresse: | |
| Telefon/Ordination: | |
| Meine E-Mail-Adresse: | |
| Website: | |

Ja, ich bin damit einverstanden, dass durch die Veröffentlichung meiner Daten auf der ÖGI Website PatientInnen gezielt nach Mitgliedern der ÖGI und deren Praxen suchen können.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift