

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

KTO

BLZ

(erforderliche Angaben, Beiträge werden zum 31.03. des laufenden Jahres abgebucht)

Spezielle Ausbildung (**Nachweis erforderlich**):

Wie lange besteht Ihre Praxis? Seit:

Nennen Sie bitte 2 Mitglieder, die Ihre Mitgliedschaft befürworten:

.....
Unterschrift

Unterschrift

Name Mitglied 1

Name Mitglied 2

Welche Behandlungsmethoden werden in Ihrer Praxis angewandt:

Intubationsnarkose: ja nein

Inhalationsssedierung: 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:

Publikationen der letzten fünf Jahre:

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 bei.

ordentliches Mitglied EUR 130,-

mit Website-Eintrag zusätzlich EUR 30,- (nur niedergelassene Zahnärzte)

Falls mit Website-Eintrag bitte nächste Seite auch ausfüllen!

außerordentliches Mitglied EUR 65,-

Ich erteile hiermit die Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen.

Datum / Unterschrift

Vorstand: drs. Johanna Maria Kant, Schriftführerin: Dr. Jacqueline Esch,
Kassenwart: Dr. Lothar Beckers. 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: info(at)kinderzahnärzte.de

Dieses Formular bitte 2x drucken, unterschreiben und mit Duplikat und den übrigen erforderlichen Unterlagen einsenden an: **Bundesverband der Kinderzahnärzte, z. H. Herr Dr. Beckers, Apfelstraße 38, 52525 Heinsberg.** Denken Sie bitte auch daran, die Unterschriften der KollegInnen, die Sie als Mitglied empfehlen, einzuholen.