Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG ZUR DG PARO

Bitte vollständig ausfüllen und an kontakt@dgparo.de emailen.

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DG PARO) ab dem Kalenderjahr 2026 .
(Durch die Assoziation der DG PARO mit der DGZMK werden Sie damit automatisch Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu deren Konditionen (gilt nicht für ZFA, ZMF und DH) s. Rückseite; Ihre Daten werden an die DGZMK weitergegeben.)

Ich trete bei als

☐ ordentliches DG PARO-Mitglied

☐ Familienangehörige(r) des Mitglieds …… (bitte Vor- und Nachnamen)

☐ Assistentin, Assistent (bis max 5 Jahre nach Approbation:
Approbation (Monat/Jahr): ……. *(bitte Bescheinigung beifügen)*

☐ ZFA, ZMF, DH (bitte Urkunde beifügen)

☐ Studentin, Student (Zahnmedizin oder Bachelor-Studiengang der Denthalhygiene
(nur gegen Vorlage einer gültigen ZM-Immatrikulationsbescheinigung, bitte beifügen)

☐ Ich bin bereits DGZMK-Mitglied

Meine Daten: * Pflichtfelder

Akademischer Titel: .....Vorname*: .....

Nachname*: .....Geburtsdatum*: …….....

Persönliche E-Mailadresse*: ……..……..

Telefon mobil*: ……..……..

Für die Mitgliedschaft in der DG PARO und dem daraus resultierenden Mitgliedsbeitrag gelten ab 2017/2023 folgende Regelungen:
Der Mitgliedsbeitrag gilt immer vom 1.1.-31.12. des Jahres, eine Beitragsteilung ist nicht möglich.

ordentliche Mitglieder der DG PARO 160 € kalenderjährlich (DGZMK 85€**)
Assistentinnen und Assistenten 100 € kalenderjährlich (DGZMK 65€**)
(bei DG PARO nur bis 5 Jahre nach Approbation, danach bei DG PARO 160€)
DG PARO-Familienmitgliedschaft 100€ kalenderjährlich (DGZMK 85€**)
Studentinnen und Studenten 0 € kalenderjährlich (DGZMK 0€**)
(Studium der Zahnmedizin, Bachelor in DH und Ausbildung zur ZFA, Weiterbildung ZMF, Nachweis, ggf. Imm. Bescheinigung erforderlich)
Nach Beendigung des Studiums, der Aus- bzw. Weiterbildung geht die Mitgliedschaft automatisch in den entsprechenden Mitgliederbeitragssatz (100€ für Assistenten, 160 ordentliche Mitglieder, 55€ für ZFA, ZMF, DH) über.
Zahnmedizinische FachassistentInnen, PhrophylaxeassistentInnen, DentalhygienikerInnen
55 € kalenderjährlich (kein DGZMK Beitritt möglich)

**Die DGZMK erhebt ihren Beitrag selbständig. Es gelten dafür die AGBs und Mitgliedsbeiträge der DGZMK nach dem Stand des Beitrittes.

Praxis/Dienstanschrift: ☐ diese zur Korrespondenz (Brief und Mail) verwenden

Praxisname, Universitätsname: ……..

Bei Universität hier die Abteilung eintragen: ……..

Straße: ……

PLZ, Ort, Land:……..……

Telefon (Praxis) ……

E-Mail (Praxis): ……

* Pflichtfelder

Privatanschrift: ☐ diese zur Korrespondenz (Brief) verwenden

Straße*: ……

PLZ, Ort, Land*: ……...

Information zur Rechnungsübernahme

☐ Der Mitgliedsbeitrag wird von der Praxis/Uni übernommen

☐ Der Mitgliedbeitrag wird von mir privat bezahlt

Weitergabe von Daten:

Angaben zur Behandlersuche:
Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten in der Behandlersuche auf www.dgparo.de einverstanden

☐ ja ☐ nein

Im Beitrag von ordentlichen Mitgliedern, Familienmitgliedern und Assistenten ist der online-Zugang zum Journal of Clinical Periodontology enthalten. Für die Einrichtung des Zugangs werden Ihre Anschrift und E-Mailadresse an die EFP (European Federation of Periodontology) weitergegeben. Die Erlaubnis kann jederzeit entzogen werden. Ich bin einverstanden:

☐ ja ☐ nein

Die Daten werden nur zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung erhoben und verarbeitet. Ich gebe dazu meine Einwilligung.
Hiermit erkläre ich den Beitritt zur DG PARO und zur DGZMK und gebe mein Einverständnis zur Weiterleitung meiner Daten an die DGZMK. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.
Ich erkenne die AGBs der DG PARO unter www.dgparo.de an.

……

Ort, Datum Unterschrift

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO)
Neufferstraße 1, 93055 Regensburg

Bitte an kontakt@dgparo.de senden.

SEPA-Lastschriftmandat, gültig ab dem Jahr des Beitritts

Wiederkehrende Zahlung / recurrent payments
Mandatsreferenz DGPAROBeitrag
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000518457
nur ausfüllen bei beitragspflichtiger Mitgliedschaft)

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Parodontolgie e. V. (DG PARO) Zahlungen vom angegebenen Konto mittels Lastschrifteinzug einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DG PARO auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

HINWEIS: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Beim angegebenen Konto handelt es sich um

☐ mein eigenes Konto ☐ das Konto der Praxis, wie vorne angegeben.

Kontoinhaber (Vorname Name bzw. Firmierung der Praxis):	
Straße, HS. Nr. des Kontoinhabers	
PLZ, Ort, Land	
Name Kreditinstitut	BIC*
IBAN* (22 Stellen in Deutschland) _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _	

* Bitte vollständig angeben .

.....

Ort, Datum, Unterschrift