

AUFNAHME-ANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die ÖGSZM

Vorname:

Name:

Titel u. ä. (Dr., ZA, ZT, ZTM, ZMF, etc.):

Geburtsdatum:

Praxis/Labor/Firma:

PLZ, Ort (Praxis/Labor):

Straße (Praxis/Labor):

Telefon (Praxis/Labor):

E-Mail:

Für die Mitgliedschaft in der ÖGSZM und den daraus resultierenden Mitgliedsbeitrag gelten folgende Regelungen:

Es gilt ein ordentlicher Jahresbeitrag für selbständige Ärzte/innen, Zahnärzte/innen, Physiotherapeuten/innen, Orthopädietechniker/innen und Zahntechniker/innen von 120.- € zur ÖGSZM

Es gilt ein ordentlicher Jahresbeitrag für angestellte Ärzte/innen, Zahnärzte/innen, Physiotherapeuten/innen, Orthopädietechniker/innen und Zahntechniker/innen von 80.- € zur ÖGSZM

Der ÖGSZM-Mitgliedsbeitrag für Auszubildende und Studenten beträgt € 45.- jährlich.

Für Studenten: Mit der Einreichung des Aufnahme-Antrages ist eine gültige Immatrikulationsbescheinigung, die nach Ablauf eines Jahres erneut vorzulegen ist, einzureichen. Bei Beendigung des Studiums geht die Mitgliedschaft automatisch in eine ordentliche Mitgliedschaft über (siehe Satzung).

Für die ZMF/ZFA beträgt der ÖGSZM-Jahresbeitrag € 80.-.

Für Praxen, Labore und Kliniken gelten folgende ÖGSZM-Beiträge: Für das 1. selbständige Mitglied € 120,00.- für das 2. und 3. selbständige Mitglied € 80.-. Ab 4. Mitglied € 40,00.-

Selbstständig	Angestellte/r	Student/in, Sem.
ZMF/ZFA	Azubi, Lehrj.	Sonstige

Der ÖGSZM-Beitrag wird per Bankeinzug erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht am Einzugsverfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,- € erhoben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an interessierte Kollegen oder Patienten weitergegeben wird, soweit die Rechtslage es zulässt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel:

SEPA-Lastschriftmandat für die Österreichische Gesellschaft für Sport- Zahnmedizin und -Medizin

Gläubiger -Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz: ÖGSZM Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die Österreichische Gesellschaft für Sport- Zahnmedizin und -Medizin die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Österreichische Gesellschaft für Sport- Zahnmedizin und -Medizin eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:

Bezeichnung Geldinstitut:

IBAN:

BIC:
