

Mail: info@dgkfo.online  
FAX: 0641 - 99 46129  
Tel.: 0151 400 29 241 (10:00 - 14:00 Uhr)

## AUFNAHMEANTRAG

Bitte in Druckschrift **leserlich** ausfüllen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Approbationsjahr: \_\_\_\_\_

- Fachzahnarzt/ärztin für Kieferorthopädie (Kopie bitte beifügen)  
 Zahnarzt/ärztin in kieferorthopädischer Weiterbildung seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der weiterbildenden Institution

- Zahnarzt/ärztin mit Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie (Kopie bitte beifügen)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_ (Kopie bitte beifügen)

Eigene Praxis:  ja  nein

### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Anschrift der Praxis / Dienststelle / Weiterbildungsstelle

Bezeichnung \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort, PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte nutzen Sie folgende Adresse

- als Korrespondenzadresse  privat  Praxis / Dienststelle  
als Adresse für den Bezug des Journals  privat  Praxis / Dienststelle

Ich willige der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner o.g. personenbezogenen Daten durch die **Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V** (DGKFO) und der **Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde** (DGZMK) - entsprechend der unter

<https://www.dgkfo-vorstand.de/service/datenschutz.html>

einsehbaren Datenschutzrichtlinie - zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Führung des Mitgliederarchivs - ein.

Die DGKFO und die DGZMK verwenden die Mitgliederdaten ausschließlich für vereinsinterne Zwecke, z.B. zum Versand des *Journals of Orofacial Orthopedics / DZZ*, von Einladungen, Rundschreiben usw.

Die Unterzeichnerin / der Unterzeichner willigt ein, im Online-Verzeichnis des geschlossenen Mitgliederbereichs der DGKFO-Webseite (passwortgeschützter Zugang ausschließlich durch Mitglieder der DGKFO) - mit Suchfunktion für die Überweisungspraxis - geführt zu werden. Dies betrifft folgende Daten:

- Titel, Vorname, Nachname, Berufsbezeichnung
- Anschrift (falls vorhanden bevorzugt die Praxis- bzw. Klinikanschrift)
- Telefonnummer / FAX
- Emailadresse / Homepage

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ich bitte um Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V. sowie in die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.**

**ab 01.01.2021** (mit kostenreduzierter Teilnahme an der Jahrestagung 2021 in Wiesbaden)

Über die Annahme der *bis zum 31.07.2021 eingegangenen Anträge* entscheidet die Mitgliederversammlung auf Empfehlung des Vorstandes in ihrer Sitzung im September 2021.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

**GLÄUBIGER-ID-Nr. DE77ZZZ00000954130**

Hiermit ermächtige ich die **DGKFO**, den jährlichen Mitgliedsbeitrag **ab Beitragsjahr 2021** von meinem nachstehenden Konto abzubuchen. Der Widerruf ist jederzeit möglich.

**GLÄUBIGER-ID-Nr. DE05ZZZ00000506898**

Hiermit ermächtige ich die **DGZMK**, den jährlichen Mitgliedsbeitrag **ab Beitragsjahr 2021** von meinem nachstehenden Konto abzubuchen. Der Widerruf ist jederzeit möglich.

Kreditinstitut, Ort	
IBAN:	
BIC:	
DGKFO-Mitglied: (bitte leserlich ausfüllen)	DGKFO-Mitgliedsnr.:
Konto-Inhaber: (bitte leserlich ausfüllen)	
Ort, Datum	
Unterschrift / Stempel des Kontoinhabers	

### Jahresbeitragssätze der DGKFO und der DGZMK)

Jahresbeitrag <u>bei Überweisung</u>	DGKFO	DGZMK
Ordentliche Mitglieder	€ 170,00	105,00 / 85,00
Assistenten in Weiterbildung (max. 3 Jahre auf Antrag)	€ 120,00	75,00 / 40,00
Mitglieder im Ruhestand	€ 40,00	beitragsfrei

Bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats ermäßigt sich der Jahresbeitrag bei beiden Gesellschaften jeweils um eine Bearbeitungsgebühr von € 10,--.

**Zu Ihrer Information,**  
diese Seite ist zu Ihrer Information, daher bitte **N I C H T** an die DGKFO zurücksenden!

## **Auszug aus der Satzung der DGKFO**

### **II. Mitgliedschaft**

#### **§ 4 Erwerb der Mitgliedschaft**

1. Mitglied kann jeder deutsche Zahnarzt, jeder deutsche Arzt und jeder in- und ausländische Vertreter eines Fachgebietes mit Bezug zur Kieferorthopädie werden, der bereit ist, an den Aufgaben der Gesellschaft mitzuarbeiten. Eine der zahnärztlichen Approbation gleichwertige Graduierung ist Voraussetzung für die Mitgliedschaft. Anträge auf Mitgliedschaft sind schriftlich an den Vorsitzenden zu richten. Über die Aufnahme entscheidet die Mitgliederversammlung auf Vorschlag des Vorstandes.
4. Die DGKFO ist assoziiertes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). **Der Eintritt in die DGKFO schließt den Eintritt in die DGZMK ein.** Der Beitrag der DGKFO schließt den Beitrag für die DGZMK nicht mit ein.

#### **§ 6 Rechte und Pflichten der Mitglieder**

1. Alle Mitglieder haben das Recht, die Leistungen der Gesellschaft in Anspruch zu nehmen.
2. Alle Mitglieder haben das Recht, an der Mitgliederversammlung teilzunehmen.
3. Stimm- und wahlberechtigt sowie wählbar sind nur Mitglieder nach § 4. 1.
4. Der Mitgliedsbeitrag ist am 1. Januar eines jeden Jahres zur Zahlung fällig. Der Beitrag der DGKFO schließt den Beitrag für die DGZMK nicht mit ein, sondern wird von dieser erhoben.
5. Alle Mitglieder haben die Pflicht, die Interessen der Gesellschaft zu wahren.
6. Für das Organ der DGKFO besteht Subskriptionspflicht.

### **IV. Beiträge und Kosten**

#### **§ 11 Beiträge**

1. Es ist ein Mitgliedsbeitrag zu zahlen. Ausgenommen von der Beitragszahlung sind geehrte Mitglieder. Der Vorsitzende ist berechtigt, im Einzelfall den Beitrag zu ermäßigen oder zu erlassen.
2. Mitglieder, die nach Vollendung des **65.** Lebensjahres nicht mehr berufstätig sind, zahlen auf Antrag ohne Lieferung der Zeitschrift einen ermäßigten Beitrag.