Verein ehemaliger Zahnmedizinstudenten
Regensburg e.V.

Universitätsklinikum Regensburg
c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
93042 Regensburg
Tel.: 0941/944-11909; Fax: 0941/944-31900

Verein ehemaliger Zahnmedizinstudenten Regensburg e. V.
z. Hd. Prof. Dr. Carola Kolbeck
carola.kolbeck@ukr.de
Universitätsklinikum Regensburg
c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
93042 Regensburg

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den **Verein der ehemaligen Zahnmedizinstudenten Regensburg e. V.** (Vereinsregister Regensburg VR 1828)

☐ als ordentliches Mitglied

☐ als studentisches Mitglied

_____ _____ _____
Akad. Grad Vorname Name

_____ _____ _____
Straße, Hausnummer PLZ Ort

_____ _____ _____
Geburtsdatum Telefonnummer Fax

_____
E-Mail-Adresse

Mitglied im Verein können alle Studierenden nach bestandener zahnärztlicher Vorprüfung und ehemalige Studierende der Zahnmedizin sowie zahnärztliche Mitarbeiter der Universität Regensburg werden.

Datenschutzklausel: Mit der Aufnahme meiner Daten für den internen Gebrauch im Verein ehemaliger Zahnmedizinstudenten Regensburg e.V. erkläre ich mich einverstanden. Es wird versichert, dass diese Daten nicht weitergegeben und nur für vereinsrelevante Ziele verwendet werden.

Ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen (https://www.ukr.de/kliniken-institute/zahnerhaltung-parodontologie/Verein_ehemaliger_Zahnmedizinstudenten/index.php): ja ☐

Antragsteller: _____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung – Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften

Der erste Mitgliedsbeitrag wird am folgenden Ersten des Monats der Beantragung der Mitgliedschaft im SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen. Die weiteren Jahresbeiträge werden am 1. März eingezogen. Unsere Gläubiger-ID lautet: DE66ZZZ00000245258.

Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt 10,00€ pro Jahr plus Kosten für die Zeitschrift „Blick in die Wissenschaft“ (9,00€).
Die studentische Mitgliedschaft ist zunächst kostenlos und wird bei Beendigung des Studiums zur ordentlichen Mitgliedschaft.

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber:

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift