



Verein ehemaliger Zahnmedizinstudenten
Regensburg e.V.

Universitätsklinikum Regensburg
c/o Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
93042 Regensburg
Tel.: 0941 – 944 – 6024/6017
Fax: 0941 – 944 – 6025

Verein ehemaliger Zahnmedizinstudenten
Regensburg e. V.
Universitätsklinikum Regensburg
c/o Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Herrn Dr. Theodor Bimmerle
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 ehemaligen Studierenden der Zahnmedizin sowie zahnärztlichen 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 zurzeit EUR 10,00 pro Jahr und die Kosten für die Zeitschrift „Blick in die Wissenschaft“ (z. Zt. EUR 9,00). Die studentische Mitgliedschaft ist zunächst kostenlos und wird bei Beendigung des Studiums zur ordentlichen Mitgliedschaft.

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____
Ort, Datum Unterschrift