An die
ÖGZMK Steiermark
Billrothgasse 4, 8010 Graz
Tel: 0664 194 4064, Fax: 0316 231123 4490, E-Mail: stmk@oegzmk.at

Beitrittserklärung / Änderung von Mitgliedsdaten

☐ Ich beantrage hiermit die Hauptmitgliedschaft in der Landesgesellschaft Steiermark der Österreichischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Die jährliche Mitgliedsgebühr beträgt € 125,-

☐ Ich beantrage die Änderung meiner bestehenden Mitgliedsdaten

Name: _____

Geb. Datum: _____

Zustelladresse: _____ _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Nr.: _____

Fax. Nr.: _____

E-Mail: _____

☐ Ich beantrage die Ermäßigung für StudentInnen der Zahnmedizin (Jahresbeitrag 30,-)

☐ Ich beantrage die Ermäßigung für PensionistInnen (Jahresbeitrag 85,-)

☐ Ich beantrage die Ermäßigung für Mütter in Karenz (Jahresbeitrag 85,-)

☐ Ich beantrage die Ermäßigung für Partner (Jahresbeitrag 85,-)

☐ Ich beantrage die Ermäßigung für ZA in Teilzeit (Jahresbeitrag 85,-)

☐ Ich beantrage die Zweitmitgliedschaft in der ÖGZMK Steiermark (Jahresbeitrag 47,-)

Ich möchte, dass folgende Daten von mir im Internet im Mitgliederverzeichnis **nicht** angezeigt werden:

☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Postanschrift

Datum: _____ Unterschrift: _____