

> gerne auch vorab per Fax an +49-89-21031116 / Original bitte mit Post nachsenden <

Geschäftsstelle des **IAP I e.V.**
International Association
of Periodontologists and Implantologists e.V.
Theatinerstr. 47

80333 München

bitte kleben Sie hier ein
aktuelles Passbild auf;
dieses wird in die IAPI-
Datenbank eingefügt und
für den Mitgliedsaus-
weisdruck verwendet

Ich will die IAPI Newsletter erhalten (derzeit nur per eMail)

ja nein.

Der Jahresbeitrag und die Eintrittsumlage dürfen per nachstehender Einzugsermächtigung eingezogen werden.

Den Jahresbeitrag und die Eintrittsumlage zzgl. 15 Euro Bearbeitungsgebühr habe ich auf das Bankkonto des IAP I e.V.
bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank Regensburg

Kto.: **0005131227**, BLZ: **75090629** überwiesen.

Den Jahresbeitrag und die Eintrittsumlage zzgl. 15 Euro Bearbeitungsgebühr habe ich als Scheck beigefügt.

Der Jahresbeitrag und die Eintrittsumlage zzgl. 15 Euro Bearbeitungsgebühr sollen meiner Kreditkarte belastet werden.
(Kreditkartenzahlung ist nur für Mitglieder mit Wohnsitz und Praxisanschrift ausserhalb Deutschlands möglich !)

Kreditkarte MC Visa / Kartennummer _____ Exp.date _____

Nur für Zahnärzte, ZÄ-Oralchirurgie, Ärzte für MKG-Chirurgie > bitte beantworten Sie noch folgende Fragen:

Implantationen durchgeführt

Mitglied bei anderen zahnärztlichen Vereinigungen

ja, seit dem Jahr: _____

BDIZ BDO DGI DGMKG DGP

Anzahl, ca: _____

DGZI DGZMK DZOI EAO ICOI

nein

MVZI Sonstige: _____

Ich bin mit der Weitergabe meiner Praxisanschrift bei Patientenfragen einverstanden

ja nein.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG (GILT NUR INNERHALB DEUTSCHLANDS)

Hiermit ermächtige ich die **International Association of Periodontologists and Implantologists e.V.** widerruflich, die von mir zu entrichtenden **IAP I-Jahresbeiträge und die Eintrittsumlage** bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr. _____ BLZ _____ Kreditinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG (GILT NUR INNERHALB DEUTSCHLANDS)

Hiermit ermächtige ich die **International Association of Periodontologists and Implantologists e.V.** widerruflich, die von mir zu entrichtenden **IAP I-Seminar-und Kongressgebühren** bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

KontoNr. _____ BLZ _____ Kreditinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Diese Einzugsermächtigung/en gilt/gelten auch **für bereits fällige Beiträge und/oder Gebühren**, bitte buchen sie auch diese schon von meinem oben angeführten Konto ab; dadurch spare ich mir bei jeder Buchung die ansonsten anfallenden Euro 15.- Verwaltungszuschlag. ja nein.

Datum _____ Ort _____ Name _____

Unterschrift _____ Stempel _____