

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

Geschäftsstelle des **IAP** 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)

O ja **O nein.**

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

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

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

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

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

Kreditkarte MC O Visa O / 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

O ja, seit dem Jahr: _____

O BDIZ O BDO O DGI O DGMKG O DGP

O Anzahl, ca: _____

O DGZI O DGZMK O DZOI O EAO O ICOI

O nein

O MVZI O Sonstige: _____

Ich bin mit der Weitergabe meiner Praxisanschrift bei Patientenfragen einverstanden

O ja **O 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**-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**-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. **O ja** **O nein.**

Datum _____ Ort _____ Name _____

Unterschrift _____ Stempel _____