

Universität Münster  
Vorstand AKPP  
PD Dr. Anne Wolowski  
Waldeyerstr. 30  
48149 Münster



**BEITRITTSERKLÄRUNG**  
zum AK für Psychologie und Psychosomatik in der ZMK - Heilkunde

**Ihre persönlichen Daten** (bitte in Druckbuchstaben)

Titel:  Dr. med. dent.  o. a. Studienrichtung \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
Approbationsdatum: \_\_\_\_\_ Promotionsdatum: \_\_\_\_\_

**Dienstadresse**

Straße: \_\_\_\_\_  
Land, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Privatadresse**

Straße: \_\_\_\_\_  
Land, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisadresse und ggf. APW Zertifizierung  
im Internet ( [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de) ) einverstanden  ja  nein

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner E-Mail ADR im Internet  
([www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)) einverstanden  ja  nein

## **Bankverbindung für Einzugsermächtigung**

Der DGZMK Beitrag wird per SEPA-Lastschrift erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht an diesem Verfahren teilnehmen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 € erhoben.

### **SEPA Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung:**

**Gläubiger-ID. DE05ZZZ00000506898**

**Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag**

Ich ermächtige die DGZMK Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGZMK eingezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**BIC:**

---

**IBAN:**

---

**Genauere Bezeichnung des Geldinstituts:**

---

**Name des Kontoinhabers:**

---

### **Beitrag:**

Ordentliche Mitglieder  EURO 95,00

Assistenten bis zum 2. Jahr nach der Approbation  EURO 30,00  
(bei vorheriger mindestens 1-jähriger DGZMK-Mitgliedschaft als Student)

Assistenten bis zum 3. Jahr nach der Approbation  EURO 65,00   
(bitte Bescheinigung beifügen)

Wissenschaftler ohne Approbation  EURO 75,00

Mitglied nach Vollendung des 65. Lebensjahres  EURO 0,00  
und Praxisaufgabe (auf Antrag)

**Die Mitgliedschaft im AKPP setzt zugleich die kostenpflichtige Mitgliedschaft in der DGZMK voraus. Die Mitgliedschaft im AKPP ist kostenlos.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_