Landesstelle Hessen

Dr. Olivia Müller-Köppen
Am Galgenberg 35
19067 Leezen
E-Mail: Geschaeftsfuehrung@bzoeg.de

BZÖG
BUNDESVERBAND
der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG).

Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich:

Geb.

Titel/ Vorname, Familienname/ Geburtsdatum

Beschäftigungsstatus ÖGD: ◯ angestellt ◯ beamtet ◯ Vollzeit ◯ Teilzeit
Stundenzahl (bei Teilzeit): ◯ berentet ◯ pensioniert

Dienstlicher Kontakt

Amt

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

Telefon

E-Mail

Privater Kontakt

PLZ, Ort Straße, Hausnummer

Telefon

E-Mail

Entsprechend des Beschlusses der Delegiertenversammlung vom 16.05.2014 beträgt der jährliche bundeseinheitliche Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder 85,00 Euro. Zusätzlich zum Bundesbeitrag können die Landesstellen zur eigenen Verwendung eigene Jahresbeiträge festlegen und erheben, die vom Mitglied gemeinsam mit dem Bundesbeitrag an den BZÖG zu zahlen sind.

Der Jahresbeitrag für Hessen beträgt: 85,00 €

Landesstelle Hessen

Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beinhaltet das Abonnement der Verbandszeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“, den Zugang zum internen Bereich des BZÖG-Internetauftritts sowie die Zusendung unseres Newsletters (Abbestellung über Link möglich).

Zu welcher Adresse soll die Post vorrangig gesendet werden?

◯ – Dienstlich ◯ – Privat

Ich bin damit einverstanden, dass die Post des BZÖG an mich auch per E-Mail versandt wird.

◯ – ja ◯ – nein

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des BZÖG e.V. in der jeweils gültigen Fassung (s. https://bzoeg.de/bundesverband/satzung.html) an.

Die beiliegenden Mitgliederinformationen des BZÖG e.V. nach Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit a), lit b), lit c) und lit f) DSGVO ein.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief oder per Mail) gegenüber der amtierenden Geschäftsführung des Vereins erfolgen, aktuell unter:
E-Mail: Dr. Olivia Müller-Köppen, Am Galgenberg 35,19067 Leezen, E-Mail: Geschaeftsfuehrung@bzoeg.de

Änderungen der Kontaktdaten bzw. des Beschäftigtenstatus werde ich der Geschäftsführung selbständig in Textform mitteilen.

Ort, Datum Unterschrift

Landesstelle Hessen

Dr. Olivia Müller-Köppen
Am Galgenberg 35
19067 Leezen
E-Mail: Geschaeftsfuehrung@bzoeg.de

BZÖG
BUNDESVERBAND
der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag BZÖG e.V. / SEPA-Lastschriftmandat

Für:

_____ **Geb.** _____

Titel/ Vorname, Familienname/ Geburtsdatum

Der BZÖG-Beitrag wird vorrangig per SEPA-Lastschrift erhoben. Bei Mitgliedern, die nicht an diesem Verfahren teilnehmen, kann eine Bearbeitungsgebühr erhoben werden.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer des BZÖG lautet: DE77ZZZ00000771673.

Ich ermächtige den Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BZÖG eingezogenen Lastschriften einzulösen.

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

_____
Kontoinhaber (bei Abweichung)

_____
Kreditinstitut (Name)

_____
IBAN

_____
(BIC)

Dieses Lastschriftmandat kann ich nur **schriftlich gegenüber der amtierenden Geschäftsführung des BZÖG** (aktuell: Dr. Olivia Müller-Köppen, Am Galgenberg 35,19067 Leezen, E-Mail: Geschaeftsfuehrung@bzoeg.de) widerrufen.
Die beiliegenden Mitgliederinformationen des BZÖG e.V. nach Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit a), lit b), lit c) und lit f) DSGVO ein.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief oder per Mail) gegenüber der amtierenden Geschäftsführung des Vereins erfolgen.

Änderungen meiner Bankverbindung teile ich der Geschäftsführung selbständig in Textform mit.

_____

Ort, Datum Unterschrift