

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Berliner Gesellschaft für Parodontologie e.V.  
(BG PARO).

Name (ggf. akad. Grad) \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Praxis-Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Für die Veröffentlichung folgender Daten auf der BG PARO-Homepage:

E-Mail-Adresse für BG PARO Homepage \_\_\_\_\_

Eigene Website \_\_\_\_\_

Niedergelassen in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Bitte das ausgefüllte Formular per Email an [info@bgparo.de](mailto:info@bgparo.de) oder per Post senden.



## SEPA-Lastschriftmandat

Mitglied: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die Berliner Gesellschaft für Parodontologie e.V. (BG PARO) den fälligen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BG PARO auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend ab dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: BG PARO  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE44BGP00002017068  
Mandatsreferenz: Beitrag BG PARO  
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Bitte das ausgefüllte Formular per Email an [info@bgparo.de](mailto:info@bgparo.de) oder per Post senden.

