



STUDIENGRUPPE FÜR
RESTAURATIVE
ZAHNMEDIZIN

Formular zur Anmeldung neuer Mitglieder

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus und senden ihn mit einem digitalen Foto (.jpg-Format) an sekretariat@restaurative.de. Anschließend erhalten Sie eine Anleitung zum „LOGIN von Mitgliedern“, mit der Sie in den Mitgliederbereich der Homepage www.restaurative.de gelangen.

Die Angaben zu Ihren privaten Daten werden nicht auf der Webseite veröffentlicht sondern nur im passwortgeschützten Mitgliederbereich sichtbar sein.

Titel	
Vorname	
Name	
Geburtsdatum	
Mitglied seit	

Approbation (Jahr und Ort)	
Promotion (Jahr und Ort)	
Habilitation (Jahr und Ort)	

PRAXIS	
Name der Praxis	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
Handynummer	
eMail Adresse	
Website	



STUDIENGRUPPE FÜR
RESTAURATIVE
ZAHNMEDIZIN

PRIVAT	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
eMail Adresse	
Website	

Foto	Bitte nicht vergessen! (als jpg-Datei an sekretariat@restaurative.de senden)
-------------	---

Bürgen	1.
	2.

An den Aufnahmeaus- schuss senden:	1. Kurzes Aufnahme-/Bewerbungsschreiben 2. Fortbildungskatalog 3. Namen der Bürgen 4. Vita
---	---

DATENSCHUTZ: Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> meine personenbezogenen Daten, <input type="checkbox"/> Fotos und evtl. Filmaufnahmen, die bei Veranstaltungen angefertigt werden, auf der Homepage der Studiengruppe für Restaurative Zahnmedizin veröffentlicht werden dürfen. Für den internen Bereich (login-geschützt) gilt: <input type="checkbox"/> Meine Daten dürfen gespeichert werden und ich bin darüber aufgeklärt worden, dass diese nur für Mitglieder der Studiengruppe sichtbar sind. Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und jederzeit schriftlich widerrufbar.

Datum, Unterschrift	
----------------------------	--