



Deutsche Gesellschaft für Umwelt-ZahnMedizin

Geschäftsstelle

Siemensstraße 26a
12247 Berlin
Tel.: 030-76904520
Fax: 030-76904522
E-Mail: info@deguz.de
www.deguz.de

Gratulation den neuen Absolventinnen und Absolventen des Curriculums Umwelt-ZahnMedizin

Im Frühjahr 2022 fand das Curriculum Umwelt-Zahnmedizin in Stuttgart seinen Abschluss. Insgesamt 20 Teilnehmer und Teilnehmerinnen absolvierten das Curriculum erfolgreich und haben jetzt „Umwelt-ZahnMedizin“ auf ihrem Praxisschild stehen. Diese sind (in alphabetische Reihenfolge):

Juliana Abraham, Cottbus	Dr. Esmeralda Pinto dos Santos, Hamburg
Katja Blaß, Berlin	Aneta Elzbieta Reinecken, Buxtehude
Hulya Coban, Hamburg	Kira Schlick, Bochum
Juliane Dietrich, Rostock	Dr. Silvia Schmücker, Born
Laura Gentges, Krefeld	Dr. Elke Schroeder-Schichtel, München
Dr. Sonja George, Kassel	Dr. Andreas Schubert, Bad Vilbel
Dr. med. dent. Zsófia Gergely, Berlin	Dr. Sandra Umbreit, Hamburg
Fanny Grünebach, München	Annette Walkenbach, Berlin
Dr. med. dent. Dagmar Kuhl, Sundhagen	Frauke Wessels, Heidelberg
Dr. Christian Mihlan, Fürth	Dr. Lorenza Zorer, Berlin

Aufnahmeantrag per Mail: info@deguz.de | per Fax: +49 (0) 30-76 90 45 22

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Deutschen Gesellschaft für Umwelt-ZahnMedizin e.V. (DEGUZ)

Name, Vorname	Institution/Praxis
Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail

Fachrichtung

- Zahnarzt/Zahnärztin
 Arzt/Ärztin
 Zahntechniker/in
 zahnmed./zahntechn. Fachangestellte/r
 andere:

Mit der Veröffentlichung meiner oben genannten Kontaktdaten sowie der E-Mail-Adresse in der „Experten-Suchmaschine“ der DEGUZ-Homepage bin ich einverstanden.

Für den Mitgliedsbeitrag des laufenden Kalenderjahres werden die verbleibenden Monate des Eintrittsjahres berücksichtigt.

Ich beantrage hiermit

- Vollmitgliedschaft 180,- Euro
 Ausbildungsassistenz 120,- Euro
 zahnmed./zahntechn. Fachangestellte/r 120,- Euro
 ermäßigter Mitgliedsbeitrag 90,- Euro
(Studenten, Pensionäre/Rentner (jeweils inkl. UMG-Zeitung))

SEPA-Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich widerruflich, die von mir einmal jährlich zu entrichtende Beitragszahlung

in Höhe von _____ Euro künftig bei Fälligkeit, abzubuchen.

IBAN: _____

BIC: _____

Datum _____

Stempel/Unterschrift _____