

Verein der ehemaligen Zahnmedizin-Studenten in Regensburg e. V.

Ziele

Wir sind ehemalige Studierende, die sich "ihrer" Universität verbunden fühlen und mit ihr und untereinander in Verbindung bleiben wollen. Wir Ehemalige Studierende haben uns zum Ziel gesetzt,

- Kontakte von ehemaligen Studierenden untereinander und zwischen ihnen und der Universität zu pflegen
- Wissenschaftliche Vorträge und Seminare für unsere Mitglieder anzubieten
- Erfahrungen zwischen Praxis und Universität auszutauschen

Welche Ziele verwirklicht werden sollen hängt zu einem Großteil von der Aktivität und dem Engagement der Mitglieder ab. Wenn Sie unserem Verein der ehemaligen Zahnmedizin-Studenten beitreten wollen, füllen Sie die anhängende Beitrittserklärung aus und senden Sie an den 1. Vorsitzenden Herrn Dr. Reinhold Lang, Klinikum der Universität Regensburg, Poliklinik für zahnärztliche Prothetik, 93042 Regensburg. Wenn Sie aktiv mitwirken wollen, wenden Sie sich bitte an eine der unten angegebenen E-Mail-Adressen.

Mitgliedschaft

Mitglied im Verein können alle ehemaligen Studierenden der Zahnmedizin sowie zahnärztlichen Mitarbeiter der Universität Regensburg werden. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 10,00 Euro und die Kosten für die Zeitschrift „Blick in die Wissenschaft“ (z. Zt. 4,00 EURO).

Der Vorstand

Funktion	Name		Telefon
1. Vorsitzender:	Dr. Reinhold Lang	reinhold.lang@klinik.uni-regensburg.de	(0941) 944 6057
2. Vorsitzender:	Prof. Dr. Karl-Heinz Friedl	khfriedl@t-online.de	(0941) 24206
Schriftführer:	Dr. Theodor Bimmerle	theodor.bimmerle@klinik.uni-regensburg.de	(0941) 944 6017

✂.....✂ Bitte abtrennen..... ✂

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Verein ehemaliger Zahnmedizinstudenten Regensburg e.V.“.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt EURO 10,00 pro Jahr und die Kosten für die Zeitschrift „Blick in die Wissenschaft“ (z. Zt. EURO 4,00). Er soll von meinem Konto abgebucht werden.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos Nr.
bei BLZ
durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....
Name, Vorname Datum / Unterschrift

.....
Anschrift

Telefon:.....FAX:.....

E-Mail-Adresse:.....