

Mitgliedsantrag

Internationale Mitgliedschaft • DEUTSCHLAND

Nachname _____ Geburtsdatum ____/____/____ Männlich Weiblich

Vorname/-n _____ Titel _____

Name der Praxis/des Geschäfts _____

Praxisadresse _____

Stadt _____ Land _____ Postleitzahl _____

Telefon _____ Fax _____ E-mail _____

Webadresse _____

Fachgebiet _____

- Allgemeinzahnarzt Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurg Parodontologe Endodontologe
 Zahntechniker Zahnmedizinische/-r Fachangestellte Dentalhygieniker/-in Vollzeit-Hochschullehrkraft

Jährlicher Mitgliedsbeitrag: \$275 USD

Gültig für 12 Monate

Zahlungsangaben

- MasterCard Visa American Express Banküberweisung

Wir akzeptieren MasterCard, Visa und American Express-Zahlungen per Fax. Bitte füllen Sie das folgende Formular aus und senden Sie es per Fax an: +1 973-783-1175 oder E-mail: membership@icoi.org

Name des Karteninhabers _____

Kartenummer _____ Ablaufdatum _____ CVV _____

Unterschrift _____ Ort/Datum _____

**BITTE SENDEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN MITGLIEDSANTRAG ZUSAMMEN MIT
DER ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG AN DIE ICOI-ZENTRALE**