

# ANTRAG ZUR AUFNAHME ALS ORDENTLICHES MITGLIED IN DEN „GERMAN BOARD OF ORTHODONTICS AND OROFACIAL ORTHOPEDICS E.V.“ (GBO)

German Board of Orthodontics  
and Orofacial Orthopedics  
Ackerstraße 3

10115 Berlin

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Ort

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den „German Board of Orthodontics and Orofacial Orthopedics e.V.“ (GBO). Als Antragsteller bestätige ich, dass ich niedergelassene/r Fachzahnarzt/-ärztin für Kieferorthopädie, Zahnarzt/-ärztin für Kieferorthopädie, Kieferorthopäde/-in bin und im Rahmen meiner Weiterbildung mindestens ein anerkanntes Jahr an einer deutschen Universitätsklinik oder einer vergleichbaren anerkannten Weiterbildungsstätte absolviert habe. Die Mitgliedschaft in der DGKfo wird vom Fachbeirat dringend gewünscht.

\_\_\_\_\_  
Klinikjahr absolviert in

\_\_\_\_\_  
Direktor/in

\_\_\_\_\_  
Jahr

\_\_\_\_\_  
Weiterbildung in der Praxis (Name/Adresse)

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

\_\_\_\_\_  
seit

\_\_\_\_\_  
bzw. Tätigkeit an der Hochschule in

Mitglied in der DGKFO

Ja

Nein

Vorschlag 1. Bürge (Diplomate German Board of Orthodontics and Orofacial Orthopedics e.V.)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Vorschlag 2. Bürge (Ordentliches Mitglied German Board of Orthodontics and Orofacial Orthopedics)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Praxisstempel

Der Mitgliedsbeitrag zum GBO beträgt pro Beitragsjahr € 125,00 und muss mit der Anmeldung auf das IBAN: DE70 3006 0601 0005 6494 39, BIC: DAAEDEDXXX, Deutsche APO-Bank Berlin überwiesen werden.