



Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Liebigstraße 12
04103 Leipzig

Aufnahmeantrag – Studenten

zur Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Ihre persönlichen Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Studienuniversität: _____

Approbation voraussichtlich: _____

Studienadresse (=Dienstadresse)

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Land: _____

Mobiltelefon / Festnetz: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Heimatadresse (=Privatadresse):

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Land: _____

Mobiltelefon / Festnetz: _____ Fax: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass für mich als Student kein Mitgliedsbeitrag fällig ist und dass nach Abschluss des Studiums ein Mitgliedsbeitrag entsprechend der Beitragsordnung zu entrichten ist.

Dieser Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie dieser Anmeldung eine Kopie der aktuellen Studienbescheinigung mit der Angabe des derzeitigen Studienseesters beifügen.

Datum: _____ Unterschrift: _____