

Beitrittserklärung

Berliner Gesellschaft für Parodontologie e. V. (BGP)
c/o Dr. P. Purucker
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft zur Berliner Gesellschaft für Parodontologie (BGP).

Name (und akad. Grad): _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Website: _____

Niedergelassen in: _____

Datum und Unterschrift: _____