



Prof. Dr. Katrin Hertrampf  
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
Schriftführerin AKWLZ  
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 26  
24105 Kiel

*(ALTERNATIV per Fax an: +49 431-500-26104)*

**A U F N A H M E A N T R A G**

**ARBEITSKREIS FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG  
DER LEHRE IN DER ZAHNMEDIZIN (AKWLZ)**

der

**Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)**

und der

**Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK)**

**Ihre persönlichen Daten** (bitte in Druckbuchstaben)

Titel: .....

Vorname: .....

Name: .....

Geburtsdatum: .....  männlich  weiblich

Ich bin Mitglied in der DGZMK:  Ja Mitgliedsnummer: .....

Nein

in der VHZMK:  Ja

Nein

**Die Mitgliedschaft im AKWLZ setzt die Mitgliedschaft in einer der beiden oben genannten Muttergesellschaften voraus.**



**Beruf:** ..... Berufstätig seit: .....

Tätigkeit in der Praxis:

Tätigkeit an der Universität:  .....

Abteilung: .....

Sonstiges:  .....

**Für Studierende:**

Studiengang / immatrikuliert für: .....

seit: SS/WS .....

Staatsexamen voraussichtlich: SS/WS .....

**Für Nicht-Zahnärzte:**

Kurze Erläuterung für den engen Bezug zur zahnärztlichen Lehre:

.....  
.....  
.....

**Korrespondenzadresse:**

Anschrift: .....

.....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Land: .....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....