

# G·O·I·A

## Mitgliedsantrag - 2005 General Membership Application - 2005



### Mitglied / Member

Nachname / Last Name

Vorname / First Name

Initiale / Initials

Titel / Degree(s)

Geburtsdatum / Date of Birth

### Adresse / Business Address

Straße, Hausnummer / Street

PLZ, Stadt / Zip, Postal Code, City

Bundesland, Land / State, Province, Country

Telefonnr. / Phone

Fax / Fax

E-mail / E-mail address

### Privatadresse / Home Address

Straße, Hausnummer / Street

PLZ, Stadt / Zip, Postal Code, City

Bundesland, Land / State, Province, Country

Telefonnr. / Phone

Fax / Fax

E-mail / E-mail address

Wo möchten Sie die Academy Post erhalten? / Where do you want to receive Academy mailings?

Privat / Home

Praxis / Business

### Ausbildung, Praxis Erfahrung / Education, Practice Profile

Akademischer Grad / Undergraduate, Technology

Abschluss / Degree

Datum / Date received

Zahnmedizin / Dental

Abschluss / Degree

Datum / Date received

Doktorand / Postgraduate

Abschluss / Degree

Datum / Date received

Berufliche Tätigkeit / Practice Environment  
(einmal ankreuzen / check one)

Einzelpraxis / Single practice

Krankenhaus / Hospital

Staatlich / Governmental

Gemeinschaftspraxis / Associated practice

Universität / University

Militär / Military

Spezialgebiet / Speciality

Allgemeine Zahnmedizin / General dentistry

Implantologie / Implantology

Oralchirurgie / Oral Surgery

Prothetik / Prosthodontics

Parodontologie / Periodontology

Kiefer-Gesichts-Chirurgie /  
Maxillofacial Surgery

Andere / Other

### Global Oral Implant Academy

Rosental 12a, D-28359 Bremen  
Germany

Tel. o 700 11 335 335  
Fax o 700 11 335 336

E-mail info@goia.org  
Website www.goia.org

Stand / Status  
07-2005

**Mitgliedsantrag - 2005****General Membership Application - 2005****Foto / Photo**

Haben Sie bereits Implantate gesetzt? / Have you inserted dental implants?

 Ja / Yes  Nein / No

Wie viele ungefähr? / Approximately how many? \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
enossal / Endosseous	subperiostal / Subperiosteal	Erster Fall, Jahr/ First case, year

Haben Sie Erfahrung in Implantatprothetik? / Have you performed prosthetics on dental implants?

 Ja / Yes  Nein / No

Wie viele ungefähr? / Approximately how many? \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
enossal / Endosseous	subperiostal / Subperiosteal	Erster Fall, Jahr/ First case, year

Wir benötigen ein Foto für die Mitgliedskarte / We need your photo for the membercard

Sind Sie momentan Mitglied einer nationalen oder internationalen Vereinigung für orale Implantologie? /

Are you currently member of any national or international oral implant society?

 Ja / Yes  Nein / No

Wenn Ja, welcher(n) / If yes, which one(s)? \_\_\_\_\_

**Publikationen / Publications**

Haben Sie Vorträge gehalten über Implantologie?

Have you held lectures on dental implantology?

 Ja / Yes  Nein / No

Wie viele insgesamt / How many total? \_\_\_\_\_

Bitte Referenzen beifügen

Please provide references

Haben Sie wissenschaftliche Poster/Table Clinics über Implantologie publiziert?

Have you published scientific poster/Table clinics on dental implantology?

 Ja / Yes  Nein / No

Wie viele insgesamt / How many total? \_\_\_\_\_

Bitte Referenzen und Fotokopien beifügen.

Please provide references and photocopies/reprints.

Haben Sie Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert?

Have you published articles on dental implantology in scientific journals?

 Ja / Yes  Nein / No

Wie viele insgesamt / How many total? \_\_\_\_\_

Bitte Referenzen und Fotokopien beifügen.

Please provide references and photocopies, reprints.

**Gebühren Information / Dues Information**

Jahresbeitrag / Annual Membership Dues Euro 200,00

Zahlung / Payment  Visa  Master  JCB  SWIFT  Cash

Name auf der Karte / Name on card \_\_\_\_\_

Kreditkartennr. / Credit card number \_\_\_\_\_

KPN-Code /CVC Code \_\_\_\_\_

Expiry Date \_\_\_\_\_

Bankverbindung / Bank information

**G-O-I-A**Bremer Landesbank  
Konto.-Nr / Acct. 1084404013  
SWIFT BRLADE22XXXBLZ / Bank Code 29050000  
IBAN DE14 2905 0000 1084 4040 13

Unterschrift / Signature \_\_\_\_\_

Datum / Date \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben auf diesem Mitgliedsantrag. /

I hereby certify that all the information I have provided on this application is correct.

Unterschrift / Signature \_\_\_\_\_

Datum / Date \_\_\_\_\_

**Global Oral Implant Academy**Rosental 12a, D-28359 Bremen  
GermanyTel. 0 700 11 335 335  
Fax 0 700 11 335 336E-mail info@goia.org  
Website www.goia.org**Stand / Status**  
**07.2005**