

Beitrittserklärung
 Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
 Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.



Telefax: 0211/4303720

**Berufsverband der
 Augenärzte Deutschlands e. V.**
 - Geschäftsstelle –
 Postfach 30 01 55
 40401 Düsseldorf

Mitgliedsbeitrag seit 01.01.2015	
Facharzt für Augenheilkunde	€ 250,-
Facharzt bis 2.Jahr nach FA-Anerkennung	€ 125,-
Senioren	€ 19,-
Weiterbildungsassistent*	€ 30,-
*mit Nachweis bis 1. Jahr nach WB-Beginn beitragsfrei	

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Fett gedruckte Angaben sind erforderlich für die Mitgliederverwaltung.

Anrede Vorname	Frau / Herr	Titel
Nachname	ggf. DOG-Mitgliedsnummer	
Geburtsdatum	Datum der Facharztanerkennung für Augenheilkunde Bitte einmal eine Kopie der Anerkennung einreichen.	
E-Mail-Adresse für BVA-Korrespondenz (z.B. BVA-Rundmails):		
Dienstanschrift (Stempel): BVA-Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> Name Klinik/ Praxis /Einrichtung		Privatanschrift: BVA-Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/>
Telefon dienstlich	Telefon privat	
Fax dienstlich	Fax privat	
Praxis-E-Mail (E-Mail 2)	Mobilnummer	
ggf. Praxis-Homepage		
Vorrangige Tätigkeit (bitte <u>eine</u> Haupttätigkeit ankreuzen):		
eigene Niederlassung in <input type="checkbox"/> Einzelpraxis (EP)	<input type="checkbox"/> Gemeinschaft (GP)	seit _____ MM/JJJJ
Facharzt in Anstellung mit <input type="checkbox"/> ambulanter Tätigkeit (AFA)	<input type="checkbox"/> stationärer Tätigkeit (AFS)	
<input type="checkbox"/> Klinikleiter (Chefarzt/Direktor) (LT)		
<input type="checkbox"/> Facharzt sonstige Tätigkeit (SAT) (z.B. Vertreter)		
<input type="checkbox"/> Facharzt ohne augenärztliche Tätigkeit (OAT)	voraussichtlich bis _____	MM/JJJJ
<input type="checkbox"/> Facharzt im Ausland (AT)		
<input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent (WBA) ohne Facharztanerkennung	WB begonnen am _____	MM/JJJJ
Facharzt für Augenheilkunde vorauss.ab _____		

In unserem geschlossenen Mitgliederbereich im Internet (Separee → Service → Meine Daten) haben Sie nach Erhalt von Mitgliedsnummer und Passwort die Möglichkeit,

- Ihre Praxis im Augenarztfinder auf www.augeninfo.de zu veröffentlichen und
- Tätigkeits- oder Praxisschwerpunkte anzugeben (z.B. für die Aufnahme in Verteilerlisten), sowie
- Ihre Daten einzusehen und sich für den Bezug des Newsletters anzumelden.

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Ihre Daten werden durch elektronische Datenverarbeitung unter Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben, verarbeitet und genutzt.

Datum: _____

Unterschrift (ggf. mit Stempel): _____
 (persönliche Unterschrift erforderlich)