

DGII Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

Rücksendung erbeten an:

DGII-Mitgliedersekretariat
c/o Congress-Organisation Gerling GmbH
Werftstraße 23
D-40549 Düsseldorf

Telefon: +49 (0)2 11 / 59 22 44
Telefax: +49 (0)2 11 / 59 35 60
E-Mail: dgii@congresse.de



- Ich möchte Mitglied in der DGII und ESCRS werden und erhalte u.a. den Kongressband der DGII und das *Journal of Cataract and Refractive Surgery*. Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit € 210,- (€ 110,- DGII + € 100,- ESCRS) - bei Teilnahme am Lastschriftverfahren € 195,-.
Für Assistenzärzte ist die Mitgliedschaft in der ESCRS (ESCRS Trainee Membership) auf Antrag (siehe nächste Seite) kostenfrei.
- Ich möchte nur Mitglied in der DGII werden und nicht im ESCRS. Ich erhalte den Kongressband der DGII. Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 150,- bei Teilnahme am Lastschriftverfahren € 135,-.

Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>
Name: _____	Geburtsdatum: _____
Vorname: _____	Beginn der Facharztausbildung: _____
Titel: _____	Datum der Facharztanerkennung: _____
Adresse (dienstlich):	Adresse (privat):
Institution: _____	Straße: _____
Strasse: _____	PLZ: _____ Wohnort: _____
PLZ: _____ Ort: _____	Land: _____
Land: _____	Telefon: _____ / _____
Telefon: _____ / _____	Telefax: _____ / _____
Telefax: _____ / _____	E-Mail: _____

1. Bürge: _____ (Stempel/Unterschrift)	2. Bürge: _____ (Stempel/Unterschrift)
Name in DRUCKBUCHSTABEN :	Name in DRUCKBUCHSTABEN :
1. Bürge: _____	2. Bürge: _____

- Die jährlichen Beitragszahlungen sollen im Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht werden:
SEPA-Lastschrift-Mandat:
Gläubiger-Identifikationsnummer der DGII: DE84ZZZ00000486076
Ich ermächtige die DGII, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGII auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
- IBAN: _____ BIC: _____
- Bank: _____
- Die jährlichen Beitragszahlungen erfolgen per Überweisung nach Rechnungsstellung (+ € 15,- pro Jahr)

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------

**DGII Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation,
interventionelle und refraktive Chirurgie**

**Antrag auf eine kostenfreie
ESCRS Mitgliedschaft
(ESCRS Trainee Membership)**

Nur gültig in Verbindung mit einer DGII Mitgliedschaft

Die kostenfreie Mitgliedschaft wird für Assistenzärzte angeboten, die beim ersten Antrag maximal 30 Jahre alt sind und ist auf maximal 5 Jahre begrenzt. Sie endet in jedem Fall mit Ende der Tätigkeit als Assistenzarzt. Der jährliche Beitrag für eine solche Doppelmitgliedschaft mit kostenfreiem ESCRS-Anteil beträgt 110,- € (bzw. 95,- € bei Teilnahme am Lastschriftverfahren teilnehmen).

Wenn die Voraussetzung für eine kostenfreie ESCRS Trainee Membership nicht mehr gegeben ist, wird diese automatisch als DGII/ESCRS Doppelmitgliedschaft mit kostenpflichtigem ESCRS-Anteil fortgesetzt. Der Preis hierzu liegt bei 210,- € (bzw. 195,- €) inkl. 100,- € ESCRS Anteil. Eine Kündigung ist den Kündigungsbedingungen der DGII entsprechende bis 3 Monate zum Jahresende schriftlich möglich.

Rücksendung bitte an:

DGII-Mitgliedersekretariat
c/o Congress-Organisation Gerling GmbH
Werftstraße 23
D-40549 Düsseldorf

Telefon: +49 (0)2 11 / 59 22 44
Telefax: +49 (0)2 11 / 59 35 60
E-Mail: dgii@congresse.de



Nachweis über die Tätigkeit als Assistenzärztin/ -arzt

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>
Titel:
Vorname:
Name:
Geburtsdatum:

Hiermit wird bestätigt, dass die oben aufgeführte Person bei uns als Assistenzärztin/ -arzt beschäftigt ist. Die Tätigkeit als Assistenzärztin/ -arzt wird voraussichtlich bis zum _____ (**Datum unbedingt erforderlich**) in unserem Hause fortgeführt.

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

Stempel (unbedingt erforderlich)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/-in