

# 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 € 195,- (€ 95,- DGII + € 100,- ESCRS) - bei Teilnahme am Lastschriftverfahren € 180,-.  
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 € 135,- bei Teilnahme am Lastschriftverfahren € 120,-.

Herr  Frau

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Vorname: _____	Beginn der Facharztausbildung: _____
Titel: _____	Datum der Facharztanerkennung: _____
<b>Adresse (dienstlich):</b>	<b>Adresse (privat):</b>
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 bei Eintritt 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 95,- € (bzw. 80,- € bei Teilnahme am Lastschriftverfahren teilnehmen).

Wenn die Voraussetzung für eine kostenfreien ESCRS Trainee Membership nicht mehr gegeben sind, wird diese automatisch als DGII/ESCRS Doppelmitgliedschaft mit kostenpflichtigen ESCRS-Anteil fortgesetzt. Der Preis liegt hierzu liegt bei 195,- € (bzw. 180,- €) 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