

**Deutsche Gesellschaft
für Lidchirurgie e. V.**

Geschäftsstelle
An der Schanz 2

50735 Köln

oder per Fax an: 0221 168 755 26

Titel _____ Nachname _____

Vorname _____ geb. am _____

Status: Chefarzt/Leitender Arzt Niedergelassener Arzt Oberarzt

Jahresmitgliedsbeitrag: € 100,--

Dienstanschrift _____

Tel. _____ Fax _____

Mail (dienstlich) _____

Privatanschrift _____

Tel. _____ Fax _____

Mail (privat) _____

Ich bitte um Aufnahme als aktives Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Lidchirurgie e. V.

Die Mitgliedschaft gilt immer für ein Jahr und verlängert sich automatisch, wenn nicht drei Monate vor Ablauf der Jahresfrist gekündigt wird.

Nach Eingang Ihres Aufnahmeantrags erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung. Gleichzeitig senden wir Ihnen ein SEPA-Lastschriftmandat zu, mit dem Sie uns erlauben, Ihren Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten Ihres Kontos einzuziehen. Ihre Mitgliedschaft beginnt mit dem Eingang des ersten Jahresbeitrags bei der DeGeLid.

Ihre Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung und für sonstige Vereinszwecke verwendet. Eine Weitergabe an Dritte findet in keinem Fall statt.

Mit dem Absenden des Aufnahmeantrags willigen Sie ein, dass Ihre Daten zur Mitgliederverwaltung und für sonstige Vereinszwecke durch die DeGeLid e. V. elektronisch verarbeitet werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per eMail an info@degelid.de widerrufen. (Art. 6 Abs. 1 lit. A, Art. 7 DSGVO).

Datum _____ Unterschrift _____