



Aufnahmeantrag assoziierte Mitgliedschaft für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

**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 _____

Beginn der Facharztausbildung (Monat/Jahr) _____

Einrichtung _____

Dienstanschrift _____

Tel. _____ Fax _____

Mail (dienstlich) _____

Privatanschrift _____

Tel. _____ Fax _____

Mail (privat) _____



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

Bitte fügen Sie Ihrem Aufnahmeantrag einen Nachweis darüber bei, dass Sie sich in der Facharzt-
ausbildung befinden. Die assoziierte Mitgliedschaft ist beitragsfrei und endet mit der bestandenen
Facharztprüfung.

Nach Eingang Ihres Aufnahmeantrags erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung.

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 _____