

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

Geschäftsstelle  
Agrippinaufer 8

50678 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](mailto:info@degelid.de) widerrufen. (Art. 6 Abs. 1 lit. A, Art. 7 DSGVO).

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_