



# Aufnahmeantrag assoziierte Mitgliedschaft für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

**Deutsche Gesellschaft  
für Lidchirurgie e. V.**  
Geschäftsstelle  
Agrippinaufer 8  
50678 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](mailto:info@degelid.de) widerrufen.  
(Art. 6 Abs. 1 lit. A, Art. 7 DSGVO).

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