

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.



Berufsverband  
der Augenärzte  
Deutschlands e.V.

Telefax: 0211/4303720

**Berufsverband der  
Augenärzte Deutschlands e. V.**  
- Geschäftsstelle –  
Postfach 30 01 55  
40401 Düsseldorf

### Mitgliedsbeitrag ab 2021

Facharzt für Augenheilkunde	€ 330,-
Facharzt bis 2. Jahr nach FA-Anerkennung	€ 165,-
Senioren	€ 24,-
Weiterbildungsassistent*	€ 36,-
*mit Nachweis bis 1. Jahr nach WB-Beginn beitragsfrei	

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Fett gedruckte Angaben sind erforderlich für die Mitgliederverwaltung.

Anrede Frau / Herr	Titel
<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	ggf. DOG-Mitgliedsnummer
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Datum der Facharztanerkennung für Augenheilkunde</b> Bitte einmal eine Kopie der Anerkennung einreichen.
<b>E-Mail-Adresse für BVA-Korrespondenz</b> (z.B. BVA-Rundmails):	
<b>Dienstanschrift</b> (Stempel): BVA-Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> Name Klinik/ Praxis /Einrichtung	<b>Privatanschrift:</b> BVA-Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/>
<b>Telefon dienstlich</b> .....	<b>Telefon privat</b> .....
<b>Fax dienstlich</b> .....	<b>Fax privat</b> .....
<b>Praxis-E-Mail (E-Mail 2)</b> .....	<b>Mobilnummer</b> .....
<b>ggf. Praxis-Homepage</b> .....	
<b>Vorrangige Tätigkeit (bitte <u>eine</u> Haupttätigkeit ankreuzen):</b>	
eigene Niederlassung in <input type="checkbox"/> Einzelpraxis (EP)	<input type="checkbox"/> Gemeinschaft (GP) seit _____ MM/JJJJ
Facharzt in Anstellung mit <input type="checkbox"/> ambulanter Tätigkeit (AFA)	<input type="checkbox"/> stationärer Tätigkeit (AFS)
<input type="checkbox"/> Klinikleiter (Chefarzt/Direktor) (LT)	
<input type="checkbox"/> Facharzt sonstige Tätigkeit (SAT) (z.B. Vertreter)	
<input type="checkbox"/> Facharzt ohne augenärztliche Tätigkeit (OAT) .....	voraussichtlich bis _____ MM/JJJJ
<input type="checkbox"/> Facharzt im Ausland (AT)	
<input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent (WBA) ohne Facharztanerkennung .....	WB begonnen am _____ MM/JJJJ
Facharzt für Augenheilkunde vorauss.ab _____	

In Planung: In unserem geschlossenen Mitgliederbereich im Internet (Separee → Service → Meine Daten) haben Sie nach Erhalt von Mitgliedsnummer und Passwort die Möglichkeit,

- Ihre Praxis im Augenarztfinder auf [www.augeninfo.de](http://www.augeninfo.de) zu veröffentlichen und
- Tätigkeits- oder Praxisschwerpunkte anzugeben (z.B. für die Aufnahme in Verteilerlisten), sowie
- Ihre Daten einzusehen und sich für den Bezug des Newsletters anzumelden.

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Ihre Daten werden durch elektronische Datenverarbeitung unter Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben, verarbeitet und genutzt.

Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift** (ggf. mit Stempel): \_\_\_\_\_  
(persönliche Unterschrift erforderlich)