

# Zertifikat

## Ophthalmochirurgie



**Hiermit beantrage ich das o.g. Zertifikat und füge die geforderten Nachweise bei.**

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehenden Anforderungen des BDOC an die Struktur- und Prozessqualität bei der Durchführung dieser operativen Eingriffe einzuhalten.

Ich bin einverstanden, dass der BDOC die anfallende einmalige **Bearbeitungspauschale von 480€ für BDOC-Mitglieder (980€ für Nichtmitglieder)** von meinem Konto einzieht. Ich erteile dem BDOC hierfür eine einmalige SEPA-Einzugsermächtigung für folgendes Konto:

Kontoinhaber: .....

BIC: .....

IBAN: .....

Hiermit willige ich in die Veröffentlichung meines Namens und Praxissitzes im öffentlichen Bereich der Homepage des BDOC ein.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen und nach Eingang der Bearbeitungspauschale erhalte ich das Zertifikat per Post zugesandt.

Praxisstempel

Ort, Datum .....

Name .....

Unterschrift .....