

Zusätzlich benötigte Informationen:

Berufliche Position:

- Niedergelassener Arzt Chefarzt Oberarzt
 Assistenzarzt (Nachweis liegt bei) Sonstig _____

OP-Tätigkeit (Mehrfachnennung möglich):

Bitte schriftlichen Nachweis einer zur Weiterbildung berechtigten Stelle für die jeweilige spezielle Ophthalmochirurgie beifügen

- OP in eigenem Zentrum OP in fremdem Zentrum
 OP in Klinik Vorderabschnittschirurgie
 Hinterabschnittschirurgie Schiel-/Lid-OP
 Refraktive Chirurgie

Dienstanschrift: Klinik/Praxis/Dienststelle:

Abteilung: _____

Straße: _____ Tel.: _____

PLZ: _____ Fax: _____

Ort: _____ **E-Mail:** _____

Privatanschrift:

Straße: _____ Tel.: _____

PLZ: _____ Fax: _____

Ort: _____ E-Mail: _____

Bevorzugte Korrespondenzadresse: dienstlich privat

Hinweis: Die Geschäftsstelle des BDOC wird Ihren Antrag zur Prüfung an den Vorstand weiterleiten. Zusammen mit der Bestätigung der Mitgliedschaft erhalten Sie dann die Vereinssatzung. Der Jahresbeitrag wird jährlich von Ihrem Konto abgebucht.