



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 Ihrer Mitgliedschaft erhalten Sie dann die Vereinssatzung. Der Jahresbeitrag wird jährlich von Ihrem Konto abgebucht.