

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Berufsverband Deutscher Ophthalmochirurgie Assistenten BDOA e.V.



- bei vollem Jahresbeitrag (gilt für Anträge vor dem 30.6.) € 50,-  
 ab 1.7. bei halbem Jahresbeitrag € 25,-  
 ab dem 1. Januar kommenden Jahres

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_



### Berufliche Position

- OP-Leitung       Stellvertretende OP-Leitung       OP-Schwester/Pfleger       Arzthelfer (in)  
 Sonstige \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift

Klinik/Praxis/Dienststelle: \_\_\_\_\_  
Abteilung: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
- unbedingt angeben -

### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
- unbedingt angeben -

### Bevorzugte Korrespondenzadresse

- dienstlich       privat

### Bankverbindung

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
BLZ: 

--	--	--	--	--	--	--	--

 Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erteile ich dem BDOA e.V. die Ermächtigung, Beiträge auf dem Wege des Bankeinzugsverfahrens von meinem o.g. Konto einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis:** Der Vorstand des BDOA e.V. wird Ihnen eine Kopie der Vereinssatzung zukommen lassen und über den Aufnahmeantrag entscheiden. Der Aufnahmeantrag gilt mit Eingang der Zahlung des jeweiligen Jahresbeitrags als vollzogen.

**Bitte einsenden oder faxen an:** BDOA e.V.  
Stefanie Schießl  
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg  
Tel.: 09 11/94 00 29 - 7, Fax: 09 11/94 00 29 - 9

**Bitte beachten Sie, dass jegliche Kommunikation, d.h. Eingangsbestätigung des Mitgliedsantrages, Newsletter etc., aus Kostengründen, nur über E-Mail erfolgen kann.**