



VNDA-Mitgliedersekretariat
c/o Congress-Organisation Gerling GmbH
Werftstraße 23
D-40549 Düsseldorf

Vorstand: **Prof. Dr. Johann Roeder** (Präsident)
Prof. Dr. Burkhard Wiechens (Vizepräsident)
Priv.-Doz. Dr. Ulrich Schaudig (Schriftführer)
Prof. Dr. Michael P. Schittkowski
Dr. Bernhard Bambas

Sekretariat: **Congress-Organisation Gerling GmbH**
 Werftstraße 23, 40549 Düsseldorf
 Tel: +49 (0)211 / 59 22 44, Fax: +49 (0)211 / 59 35 60
 E-Mail: info@congresse.de
 Homepage: www.congresse.de

Homepage: <http://norddeutsche-augenaerzte.de/>

Vereinsreg.: VR 12773, Amtsgericht Hamburg

Konto: IBAN: DE29 3005 0110 1007 6774 02
 BIC: DUSSEDDXXX
 Stadt-Sparkasse Düsseldorf

Steuernr.: 17/441/06393

Antrag auf Mitgliedschaft in der Vereinigung Norddeutscher Augenärzte (VNDA)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der VNDA. Ich bestätige, dass ich Augenarzt/-ärztin oder Arzt/Ärztin in augenärztlicher Weiterbildung bin. Die Verpflichtung zur Entrichtung eines Jahresbeitrags ist mir bekannt. Der Beitrag beträgt derzeit:

- **Fachärzte € 70,- (€ 60,- bei Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren!)**
- **Weiterbildungsassistenten € 25,- (€ 20,- bei Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren!)**
- **Augenärzte im Ruhestand € 25,- (€ 20,- bei Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren!)**

Titel	
Name	
Vorname	
Anschrift privat	
Straße & Hausnr.	
PLZ/Ort	
Anschrift dienstl.	
Klinik/Praxis	
Straße & Hausnr.	
PLZ/Ort	
E-Mail privat	
E-Mail dienstl.	

Bitte ergänzen Sie Ihren Status

Status Facharzt Assistenzarzt im Ruhestand

Assistenzarzt voraussichtlich bis _____ (Neuer Nachweis alle zwei Jahre erforderlich)

Bestätigung durch Chefarzt/Arbeitgeber (nur für Assistenzärzte):

Name _____ Unterschrift _____

- Die jährlichen Beitragszahlungen werden im SEPA-Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht (Meine Bankverbindung trage ich auf der umliegenden Seite ein).
- Die jährlichen Beitragszahlungen erfolgen per Überweisung nach Rechnungsstellung. Bei zweijähriger Nichtzahlung erlischt die Mitgliedschaft.

 Ort, Datum

 Unterschrift

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der VNDA: DE51 ZZZ 0000 1998 609

Ich ermächtige die Vereinigung Norddeutscher Augenärzte e.V. (kurz VNDA) bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VNDA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	Land:
IBAN:	
BIC:	
Name der Bank:	
Datum und Ort	Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular an
VNDA e.V. c/o COG GmbH, Wertstr. 23, 40549 Düsseldorf
per Fax an (+49) 02 11 / 59 35 60 oder per E-Mail an info@congresse.de