

G**A****C****D**

[Datenerfassungsbogen zum Antrag auf Mitgliedschaft bei der GÄCD](#)

Name _____ Titel _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Bundesland _____

Facharztbezeichnung _____

Zusatzbezeichnung _____

(nur soweit für ästhetische Chirurgie relevant, z.B. „plastische Operationen“)

Postanschrift (dienstlich)**Postanschrift (privat)**

Straße _____ Straße _____

PLZ _____ PLZ _____

Ort _____ Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

Fax _____ Fax _____

e-Mail _____ Homepage _____

Tätigkeit _____

(Chefarzt, Klinikangestellter, Belegarzt, Niedergelassener Arzt)

Anschrift der Klinik oder Privatklinik

Name der Klinik _____

Straße _____

Plz _____

Ort _____

Zulassung gesetzlicher Krankenkassen

Ja Nein

Zulassung gemäß § 30 GewO

Ja Nein

Meinen Lebenslauf unter besonderer Berücksichtigung des beruflichen Werdegangs und meiner Tätigkeit auf dem Gebiet der Ästhetischen Chirurgie, sowie eine Liste entsprechender Veröffentlichungen meiner Arbeiten füge ich bei. Als weitere Anlage zu meinem Aufnahmeantrag füge ich drei Kasuistiken, eine Kopie der Approbation, Facharztbezeichnung und evtl. Zusatzbezeichnungen bzw. alternativ einen Auszug aus dem Ärzteregister bei.

Datum _____ Ort _____ Unterschrift _____

Ich benenne folgende zwei Bürgen, die bereits ordentliche Mitglieder der Gesellschaft sind:

1. Name, Vorname _____
Titel _____
Ort _____
Unterschrift des Bürgen _____

2. Name, Vorname _____
Titel _____
Ort _____
Unterschrift des Bürgen _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer DE6311100001445299
Mandatsreferenz Mitgliedsnummer

Ich ermächtige die Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e.V. (GÄCD), den Jahresmitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GÄCD 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

IBAN _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC _____

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

Datum _____ Ort _____ Unterschrift _____

Anlage zum Antrag auf Mitgliedschaft in der GÄCD

Name: _____

Approbationsurkunde

Facharzturkunde

Lebenslauf

Zusatzbezeichnung(en)

Drei Kasuistiken

Auszug Ärzteregister

Teilnahmebescheinigung(en)

Veröffentlichung(en)