

# Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen VDÄPC



## Antrag auf Fellow-Mitgliedschaft

Bitte Passbild  
einkleben bzw. digital per  
E-Mail an [info@vdaepc.de](mailto:info@vdaepc.de)  
übersenden!

An die

**Geschäftsstelle der  
Vereinigung der Deutschen  
Ästhetisch-Plastischen Chirurgen  
Bergmannstraße 102  
10961 Berlin**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als **Fellow-Mitglied der VDÄPC**

Frau      Herr

Nachname  Vorname

Akad. Titel  Geburtsdatum, Geburtsort

### Berufliche Anschrift

Funktionsbezeichnung

Klinik, Praxis

Straße, Nr.

PLZ  Ort

Telefon  Fax  Mobilfunk

E-Mail für Newsletter

E-Mail

Webseite

### Private Anschrift

Straße, Nr.

PLZ  Ort

Telefon  Fax  Mobilfunk

E-Mail für Newsletter

E-Mail

Bitte senden Sie mir die Post an meine      Berufliche Anschrift      Private Anschrift

Ich bitte um Veröffentlichung meiner beruflichen Anschrift wie oben angegeben auf der Webseite der VDÄPC – [www.vdaepc.de](http://www.vdaepc.de) – in der Rubrik „Arztsuche“.

Bitte senden Sie mir die Newsletter der VDÄPC an meine o.g. E-Mail-Adresse.

Die Aufnahmebedingungen habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Die geforderten Dokumente liegen diesem Antrag bei (Lebenslauf, Facharztzeugnis, Empfehlungsschreiben von zwei Bürgen, SEPA-Lastschriftformular, Weiterbildungsverpflichtung).

### Aufnahmebedingungen

- Erlangung des Facharztstitels für Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Dokumentation der operativen Erfahrung in der Ästhetischen Chirurgie über den Zeitraum der letzten zwei Jahre in der klinischen Praxis in ausreichender Anzahl und Variation. Auch wenn keine Mindestzahl gefordert wird, muss die Anzahl der Eingriffe erkennen lassen, dass der Antragsteller über eine fundierte Kenntnis und Praxis in der Ästhetischen Chirurgie verfügt.
- Der Vorstand der VDÄPC hat das Recht und die Pflicht, diese Angaben stichprobenartig zu prüfen.
- Empfehlungsschreiben von zwei Bürgen, die den Antragsteller ausreichend gut kennen, um seine persönliche und berufliche Qualifikation beurteilen zu können.
- Kontinuierliche Weiterbildung.

### Dauer der Mitgliedschaft

Die Fellow-Mitgliedschaft ist für 3 Jahre möglich. Im folgenden 4. Jahr muss die ordentliche Mitgliedschaft beantragt werden. Wird die ordentliche Mitgliedschaft im 4. Jahr nicht beantragt, endet die Fellow-Mitgliedschaft automatisch zum Ende des 4. Kalenderjahres nach Eintritt

### Folgende Dokumente sind beizufügen

- Lebenslauf
- Facharztzeugnis (beglaubigte Kopie)
- Detailliertes Empfehlungsschreiben von zwei Bürgen, die Mitglieder der VDÄPC sind und den Kandidaten ausreichend kennen, um seine Qualifikation in beruflicher und persönlicher Hinsicht beurteilen zu können.
- Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterbildung (formloses Schreiben)

Der Aufnahmeantrag muss vollständig ausgefüllt sechs Wochen vor der nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung (findet jeweils auf dem Jahreskongress im Herbst und bei der Frühjahrsakademie statt) eingegangen sein. Die Anlagen sind erforderlich. Aus dem Lebenslauf muss die Erfüllung der satzungsmäßig geforderten Voraussetzungen erkennbar werden.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag ist von der Mitgliederversammlung im September 2010 auf € 500 festgelegt worden. Die VDÄPC unterhält davon u.a. ein ständiges Büro in der Bergmannstraße 102 in 10961 Berlin. Dieser wird per SEPA-Lastschrift eingezogen. Die Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschriftverfahren ist auszufüllen und zwingend erforderlich.

Ort, Datum  Unterschrift/Stempel

**Vereinigung der Deutschen  
Ästhetisch-Plastischen Chirurgen VDÄPC**



**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen  
durch SEPA-Lastschriftverfahren**

An die

**Geschäftsstelle der  
Vereinigung der Deutschen  
Ästhetisch-Plastischen Chirurgen  
Bergmannstraße 102  
10961 Berlin**

**Gläubigeridentifikationsnummer DE79ZZZ00000135802  
Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT**

**SEPA-Lastschriftverfahren**

Ich/wir ermächtige/n die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. auf mein/unser 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, Nr.*

\_\_\_\_\_  
*PLZ*

\_\_\_\_\_  
*Ort*

\_\_\_\_\_  
*Kreditinstitut (Name der Bank)*

\_\_\_\_\_  
*IBAN*

\_\_\_\_\_  
*BIC*

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift/Stempel*