

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen VDÄPC



Antrag auf Fellow-Mitgliedschaft

Bitte Passbild
einkleben bzw. digital per
E-Mail an info@vdaepc.de
übersenden!

An die

**Geschäftsstelle der
Vereinigung der Deutschen
Ästhetisch-Plastischen Chirurgen
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 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 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 – in der Rubrik „Arztsuche“ und bin damit einverstanden, dass die VDÄPC die Anschrift auf Anfrage auch an Patient/innen verschickt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen

Die Aufnahmebedingungen habe ich gelesen und akzeptiere diese. Die geforderten Dokumente liegen diesem Antrag bei.

Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.

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 beider 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 Joachimsthaler Straße 31-32 in 10719 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
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 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