

SATH
Sachsen-Anhaltische-
Thüringische
Augenärztegesellschaft e.V.

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: **www.sath-auge.de**

Vereinsreg.: VR 21193, Amtsgericht Stendal

Konto: IBAN: DE48 8008 0000 0755 7796 00
 BIC: DRESDEFF800
 Commerzbank Halle

Steuernr.: 110/141/000026

SATH-Mitgliedersekretariat
c/o Congress-Organisation Gerling GmbH
Werftstraße 23
40549 Düsseldorf
Deutschland

Antrag auf Mitgliedschaft in der Sachsen-Anhaltischen-Thüringischen Augenärztegesellschaft e.V. (SATH)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der SATH. 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 für:

- **Fachärzte € 50,-**
- **Weiterbildungsassistenten € 35,-**
- **Augenärzte im Ruhestand €0,-**

Titel		☐ Herr ☐ Frau
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift privat		
Straße & Hausnr.		
PLZ/Ort		
Tel. privat		
Anschrift dienstl.		
Klinik/Praxis		
Straße & Hausnr.		
PLZ/Ort		
Tel. dienstlich		
E-Mail privat		
E-Mail dienstl.		

Bittewenden!

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 in Druckbuchstaben		Unterschrift und Stempel

- ☐ Die jährlichen Beitragszahlungen werden im SEPA-Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht
- ☐ Die jährlichen Beitragszahlungen erfolgen per Überweisung nach Rechnungsstellung.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Satzung der Gesellschaft finden Sie auf der Homepage www.sath-augen.de.

SEPA-Lastschrift Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der SATH: DE 77 ZZZ 00001246488

Ich ermächtige die Sachsen-Anhaltische-Thüringische Augenärztesgesellschaft e.V. (kurz SATH), bis auf Widerruf Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von SATH 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:	
Name der Bank:	
Vorname und Name (Kontoinhaber) – wenn abweichend:	
Straße und Hausnummer – wenn abweichend:	
Postleitzahl und Ort – wenn abweichend	Land – wenn abweichend:
Datum und Ort	Unterschrift
Bitte senden Sie beide Seiten dieses Formular an SATH e.V. c/o COG GmbH, Werftstr. 23, 40549 Düsseldorf per Fax an (+49) 02 11 / 59 35 60 oder per E-Mail an info@congresse.de	