



Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie
Association Professionnelle Suisse d'Ophtalmochirurgie
Associazione Professionale Svizzera d'Ofthalmochirurgia

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Berufsverband der Schweizerischen Ophthalmochirurgie:

Vorname	Name
Akademischer Titel	Geburtsdatum

Ich versichere, dass ich keinerlei wirtschaftliche Einflussnahme –sei es mittelbar oder unmittelbar– auf die Indikationsstellung überweisender Ärzte ausübe oder auszuüben versuche.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bitte scannen und mailen an sekretariat@bsoc.ch

Zusätzlich benötigte Informationen

Jahrgang FMH Ophthalmologie	Jahrgang Schwerpunkt Ophthalmochirurgie
--	--

Berufliche Position	Operative Tätigkeit – Mehrfachnennung möglich
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/> OP in eigenem privatem Zentrum
<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> OP als Belegarzt
<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> OP in öffentlicher/m Klinik/Spital
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Katarakt und Vorderabschnittschirurgie → circa
	<input type="checkbox"/> Intra-vitreale Injektionen → circa
	<input type="checkbox"/> Hintersegmentchirurgie → circa
	<input type="checkbox"/> Schiel-/Lid-OP → circa
	<input type="checkbox"/> Refraktive Chirurgie → circa

Dienstanschrift	Privatanschrift
Klinik/Praxis/Dienststelle	Vorname, Name
Abteilung	Adresse
Adresse	PLZ, Ort
PLZ, Ort	Email
Email	

Bevorzugte Korrespondenzadresse: dienstlich privat

Hinweise

Das Sekretariat des BSOC wird Ihren Antrag zur Prüfung an den Vorstand weiterleiten. Die Mitgliedschaft beginnt nach erfolgter Bestätigung des Vorstandes und Einzahlung des Jahresbeitrages. Der Jahresbeitrag für das Jahr 2017 beträgt CHF50.00 und wird Ihnen per Einzahlungsschein in Rechnung gestellt.