

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bundesverband für ophthalmologische Laserchirurgie e.V. (BOL e.V.). Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen.

1 · MITGLIEDSART

☐ **Ordentliches Mitglied**
Anwendende Ärztin/Arzt, Klinik, operative Einrichtung · volles Stimmrecht

☐ **Assoziiertes Mitglied**
Wissenschaft, Technik, Optometrie, Recht u. a. · beratendes Stimmrecht

☐ **Fördermitglied**
Hersteller, Industrie, Stiftung, Institution · kein Stimmrecht

☐ **Ehrenmitglied**
Auf Vorschlag / Beschluss

Die Mitgliedschaft im BOL e.V. ist beitragsfrei.

2 · ANGABEN ZUR PERSON / INSTITUTION

TITEL / AKAD. GRAD

FACHRICHTUNG / TÄTIGKEIT

VORNAME

NACHNAME

EINRICHTUNG / KLINIK / UNTERNEHMEN (FALLS ZUTREFFEND)

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ

ORT

LAND

GEBURTSDATUM (NAT. PERS.)

E-MAIL

TELEFON

3 · FACHLICHER BEZUG (OPTIONAL)

☐ Refraktive Chirurgie

☐ Katarakt-/Linsenchirurgie

☐ Glaukomtherapie

☐ Netzhautchirurgie

☐ Wissenschaft / Technik

☐ Sonstiges

4 · INTERESSENKONFLIKTE (TRANSPARENZ)

Bestehen wirtschaftliche oder sonstige Beziehungen zu Herstellern/Industrie, die offenzulegen sind? (vgl. § 15 der Satzung)

☐ Nein

☐ Ja — falls ja, bitte erläutern:

5 · EINWILLIGUNG DATENSCHUTZ (DSGVO)

☐ Ich willige ein, dass meine angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung gemäß den Datenschutzhinweisen des Vereins (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO) verarbeitet werden. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Die Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

☐ Ich bin einverstanden, vereinsbezogene Informationen (z. B. Einladungen, Stellungnahmen, Fortbildungen) per E-Mail zu erhalten. (freiwillig, jederzeit widerrufbar)

6 · ANERKENNUNG DER SATZUNG

☐ Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Compliance- und Transparenzregeln des BOL e.V. an. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)