

**Antrag auf Aufnahme**  
in die DOG  
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.



**DOG**  
Wissenschaftliche Gesellschaft  
der Augenärzte

Telefax 089 550 57 68-11

Geschäftsstelle  
DOG Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft e.V.  
Platenstraße 1  
80336 München

**Ich beantrage die Aufnahme in die DOG  
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Akademischer Titel: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Anschrift**  
(für Postversand und Mitgliederverzeichnis)

Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
 Klinik/Praxis  Privatanschrift

**Mediendaten** (für Mitgliederverzeichnis)

Telefon (mit Vorwahl): \_\_\_\_\_  
Telefax (mit Vorwahl): \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
 1. Facharztanerkennung seit \_\_\_\_\_  
 2. in der Weiterbildung: seit \_\_\_\_\_  
Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 3. Sonstiges Erklärung \_\_\_\_\_  
 Ich möchte alternativ „Graefe's Archive...“ beziehen  
 Ich bestelle zusätzlich „Graefe's Archive...“ (Mehrpreis Euro 60,-)

1. Bürge: \_\_\_\_\_  
2. Bürge: \_\_\_\_\_  
Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift, Stempel: \_\_\_\_\_

Bitte in Druckbuchstaben  
und vollständig ausfüllen.