

**SATH**  
**Regionalgesellschaft**  
**der Augenärzte**  
**Sachsen-Anhalts und**  
**Thüringens e.V.**

Sekretariat: Congress-Organisation Gerling GmbH  
 Wertstraße 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-augen.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**  
**Wertstraße 23**  
**40549 Düsseldorf**  
**Deutschland**

## Antrag auf Mitgliedschaft in der Regionalgesellschaft der Augenärzte Sachsen-Anhalts und Thüringens 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 € 15,-**
- **Weiterbildungsassistenten € 0,-**
- **Augenärzte im Ruhestand € 0,-**

<b>Titel</b>		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Anschrift privat</b>		
Straße & Hausnr.		
PLZ/Ort		
Tel. privat		
<b>Anschrift dienstl.</b>		
Klinik/Praxis		
Straße & Hausnr.		
PLZ/Ort		
Tel. dienstlich		
<b>E-Mail privat</b>		
<b>E-Mail dienstl.</b>		

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](http://www.sath-augen.de).

## SEPA-Lastschrift Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der SATH: DE 77 ZZZ 00001246488

**Ich ermächtige die Regionalgesellschaft der Augenärzte Sachsen-Anhalts und Thüringens 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
<p><b>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 <a href="mailto:info@congresse.de">info@congresse.de</a></b></p>	