



**Antrag auf Mitgliedschaft**

\* (für die Aufnahme in das Mitgliederverzeichnis sind alle Angaben erforderlich!!!)

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Titel:..... Dienststellung: ..... (z.B. Chefarzt  
(niedergel. Radiologe, Oberarzt, Assistenzarzt mit FA, Assistenzarzt ohne FA, MTRA)

**Dienstanschrift**

Klinik/Praxis/Fa.....Abteilung: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

Telefon: ..... Fax: .....

**E-mail:** .....

(Bei nicht Bekanntgabe einer Email-Adresse wird ein Unkostenbeitrag von 10,00 €/Jahr erhoben!)

**Privatanschrift**

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

Telefon: ..... Fax: .....

**E-mail:** .....

(Bei nicht Bekanntgabe einer Email-Adresse wird ein Unkostenbeitrag von 10,00 €/Jahr erhoben!)

**Berufsbezeichnung: (bitte vollständig ankreuzen!):**

- |                                       |                          |                             |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Arzt für Radiologie, R                | <input type="checkbox"/> | Arzt Strahlentherapie, ST   | <input type="checkbox"/> |
| Arzt für diagnost. Radiologie, DR     | <input type="checkbox"/> | Arzt für Innere Medizin, IN | <input type="checkbox"/> |
| Arzt für radiologische Diagnostik, RD | <input type="checkbox"/> | Assistenzarzt ohne FA       | <input type="checkbox"/> |
| Teilgebiet Kinderradiologie, KR       | <input type="checkbox"/> | Ingenieur, IG               | <input type="checkbox"/> |
| Teilgebiet Neuroradiologie, NR        | <input type="checkbox"/> | Physiker, PH                | <input type="checkbox"/> |
| Arzt für Nuklearmedizin, NM           | <input type="checkbox"/> | MTRA                        | <input type="checkbox"/> |

**gewünschter Postversand an:**

Email-Adresse im Mitgliederverzeichnis veröffentlichen

Privat  Dienst   
ja  nein

\* ***Eine vorläufige Aufnahme beginnt mit dem Eingang des Mitgliedsbeitrages!***

	<u>bei Einzug</u>	<u>Selbstüberweiser</u>
<b>Beiträge:</b> Chefärzte, selbständige Radiologen	€41,- <input type="checkbox"/>	€45,- <input type="checkbox"/>
Assistenzärzte (o. FA bis 32. Lebensj.)	€13,- <input type="checkbox"/>	€15,- <input type="checkbox"/>
Ober-/Assistenzärzte (o. FA ab 33. Lebensj.)	€21,- <input type="checkbox"/>	€25,- <input type="checkbox"/>
Ober-/Assistenzärzte (m. FA)	€21,- <input type="checkbox"/>	€25,- <input type="checkbox"/>
Industriemitglieder	€41,- <input type="checkbox"/>	€45,- <input type="checkbox"/>
MTRA	€13,- <input type="checkbox"/>	€15,- <input type="checkbox"/>

**Anschrift:** **Bayerische Röntgengesellschaft e.V.,** Sekretariat: Gabriele Schreiner  
 Bahnhofstraße 5, 92318 Neumarkt Tel.: 09181/40699-98 Fax: 09181/40699-99  
 Email: [info@bayroe.de](mailto:info@bayroe.de) [www.bayroe.de](http://www.bayroe.de)

**Konto:** Hypo-Vereinsbank Kempten 19 19 512 (BLZ 733 200 73)

**Als Bürgen benenne ich folgende Mitglieder der BRG:**

1) ..... 2) .....

(Die Bürgschaftserklärungen liegen bei)

Datum: .....

Unterschrift: .....

# Bürgschaftsbestätigung

---

für die Aufnahme in die Bayerische Röntgengesellschaft

Ich erkläre mich bereit, als Mitglied der Bayerischen Röntgengesellschaft, die Bürgschaft für

.....

gegenüber der genannten Gesellschaft zu übernehmen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift/Stempel)

# Bürgschaftsbestätigung

---

für die Aufnahme in die Bayerische Röntgengesellschaft

Ich erkläre mich bereit, als Mitglied der Bayerischen Röntgengesellschaft, die Bürgschaft für

.....

gegenüber der genannten Gesellschaft zu übernehmen.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift/Stempel)

An das  
Sekretariat der  
Bayerischen Röntgengesellschaft e.V.  
Frau Gabriele Schreiner  
Bahnhofstraße 5  
92318 Neumarkt

Fax: 09181/40699-99

---

**Vollmacht**

Hiermit ermächtige ich die  
Bayerische Röntgengesellschaft e.V.  
zum Einzug meines  
**Mitgliedsbeitrages in Höhe von**  
€..... (jährlich) ab .....

von meinem Konto Nr. .... BLZ.....  
(Kontonummer) (Bankleitzahl)

bei der  
.....  
(Bank und Ort)

Meine Ermächtigung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

.....  
(Datum) (Unterschrift)

**Name und Anschrift**

.....  
(bitte in  
Druckbuchstaben).....