



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:

Privat Dienst

Email-Adresse im Mitgliederverzeichnis veröffentlichen

ja nein

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

	<u>bei Einzug</u>	<u>Selbstüberweiser</u>
Beiträge: Chefarzte, 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: Hannelore Sauer
 Holzriesenweg 25, 93053 Regensburg Tel.: 0941/630 998 82 Fax: 0941/630 998 81
 Email: info@bayroe.de 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 Hannelore Sauer
Holzwiesenweg 25
93053 Regensburg

Fax: 0941 – 630 998 81

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).....