

Antrag auf Mitgliedschaft

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

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Titel:..... Dienststellung:.....
(z.B. Chefarzt, niedergel. Radiol., Radiol. MVZ, angest. Radiol., Oberarzt, Ass.Arzt mit FA, Ass.-Arzt i.W. ohne FA, MTRA)

Dienstanschrift:

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

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax:

Email:
(bei nicht Bekanntgabe einer Email-Adresse (dienstl. oder privat) wird ein Unkostenbeitrag von 10,- €/Jahr erhoben!)

Privatanschrift:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Fax:

Email:
(bei nicht Bekanntgabe einer Email-Adresse (dienstl. oder privat) wird ein Unkostenbeitrag von 10,- €/Jahr erhoben!)

Berufsbezeichnung (bitte vollständig ankreuzen!):

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

gewünschter Postversand an: **Privat** **Dienst**
Beitragszahlung: **SEPA-Lastschrift** **Überweisung**

Beiträge:	<u>bei Einzug/Jahr</u>	<u>Selbstüberweiser/Jahr</u>
Chefärzte, Radiologen niedergelassen	41,- € <input type="radio"/>	45,- € <input type="radio"/>
Fachärzte MVZ, selbständig	41,- € <input type="radio"/>	45,- € <input type="radio"/>
Fachärzte MVZ, angestellt	41,- € <input type="radio"/>	45,- € <input type="radio"/>
Ober-/Assistenzärzte (mit FA)	21,- € <input type="radio"/>	25,- € <input type="radio"/>
Ober-/Assistenzärzte (ohne FA, ab 33. LJ)	21,- € <input type="radio"/>	25,- € <input type="radio"/>
Ass.-Ärzte in Weiterb. (ohne FA, bis 32. LJ)	13,- € <input type="radio"/>	15,- € <input type="radio"/>
Ruheständler, MTRA	13,- € <input type="radio"/>	15,- € <input type="radio"/>
Industriemitglieder	41,- € <input type="radio"/>	45,- € <input type="radio"/>

Anschrift: Bayerische Röntgengesellschaft e.V.

Geschäftsstelle: Simone Hermannstaller, Starenstraße 8, 93352 Rohr i. NB

T: 08783 9679922 . F: 08783 9673888 . Email: info@bayroe.de . Homepage: www.bayroe.de

Konto: Hypo-Vereinsbank Kempten **IBAN:** DE64 73320073 0001919512 **BIC:** HYVEDEMM428

Hiermit erteile ich gemäß neuer Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) die Zustimmung, meine Daten für Zwecke des Vereins zu nutzen (z.B. Versand von Mitgliederinformationen, Einladungen zu Versammlungen, Anschreiben zu Beitragsangelegenheiten, Einladungen zu Fortbildungen/Kongressen etc.)

Datum:

Unterschrift:

Bitte per Post:

oder per Fax: 08783 9673888

An die
Bayerische Röntgengesellschaft e.V.
Geschäftsstelle: Simone Hermannstaller
Starenstraße 8
93352 Rohr i. NB

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die **Bayerische Röntgengesellschaft e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Bayerische Röntgengesellschaft e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Kreditinstitut
IBAN (DE=22 Zeichen/AT=20 Zeichen)
BIC
Datum / Ort Unterschrift

Als Mandatsreferenznummer wird meine Mitgliedsnummer verwendet.

Die Gläubigeridentifikationsnummer der einziehenden Bayerischen Röntgengesellschaft lautet:
DE69ZZZ00000800723

Die Abbuchung der jährlichen Beiträge erfolgt über meine internationale Kontonummer (IBAN u. BIC).