

## Antrag auf Mitgliedschaft

(für die Aufnahme in das Mitgliederverzeichnis sind vollständige Angaben notwendig)

Name: ..... Vorname: ..... geb. ....

Titel:..... Dienststellung:.....

### Dienstanschrift:

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

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

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

**E-Mail:** .....

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

### Privatanschrift:

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

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

**E-Mail:** .....

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

### Berufsbezeichnung (bitte vollständig ankreuzen!):

- |  |                       |                                      |                       |
|--|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Arzt/Ärztin für Radiologie, R                | <input type="radio"/> | Arzt/Ärztin für Strahlentherapie, ST | <input type="radio"/> |
| Arzt/Ärztin für diagnostische Radiologie, DR | <input type="radio"/> | Arzt/Ärztin für Innere Medizin, IN   | <input type="radio"/> |
| Arzt/Ärztin für radiologische Diagnostik, RD | <input type="radio"/> | Assistenzarzt/-ärztin ohne FA        | <input type="radio"/> |
| Teilgebiet Kinderradiologie, KR              | <input type="radio"/> | Ingeneur:in, IG                      | <input type="radio"/> |
| Neuroradiologie, NR                          | <input type="radio"/> | Physiker:in, PH                      | <input type="radio"/> |
| Arzt/Ärztin für Nuklearmedizin, NM           | <input type="radio"/> | MTR                                  | <input type="radio"/> |

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

<b>Beiträge:</b>	<u>bei Einzug/Jahr</u>	<u>Selbstüberweiser/Jahr</u>
Chefarzt/-ärztin, niedergelassenes Kollegium	41,- € <input type="radio"/>	45,- € <input type="radio"/>
Facharzt/-ärztin MVZ, selbstständig	41,- € <input type="radio"/>	45,- € <input type="radio"/>
Oberarzt/-ärztin, Assistenzarzt/-ärztin (mit FA)	21,- € <input type="radio"/>	25,- € <input type="radio"/>
Oberarzt/-ärztin, Assistenzarzt/-ärztin (ohne FA, ab 33. LJ)	21,- € <input type="radio"/>	25,- € <input type="radio"/>
Facharzt/-ärztin MVZ, angestellt	21,- € <input type="radio"/>	25,- € <input type="radio"/>
Assistenzarzt/-ärztin in Weiterbildung (ohne FA, bis 32. LJ)	13,- € <input type="radio"/>	15,- € <input type="radio"/>
Mitglied im Ruhestand, MTR	13,- € <input type="radio"/>	15,- € <input type="radio"/>
Industriemitglied	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 . E-Mail: [info@bayroe.de](mailto:info@bayroe.de) . Homepage: [www.bayroe.de](http://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.)

Ort, 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).