

## 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: .....

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

(bei nicht Bekanntgabe einer Email-Adresse (dienstl. oder privat) wird ein Unkostenbeitrag von 10,00 €/Jahr erhoben!)

### Privatanschrift

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

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

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

(Bei nicht Bekanntgabe einer Email-Adresse (dienstl. oder privat) 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"/>
Neuroradiologie, NR	<input type="checkbox"/>	Physiker, PH	<input type="checkbox"/>
Arzt für Nuklearmedizin, NM	<input type="checkbox"/>	MTRA	<input type="checkbox"/>

### gewünschter Postversand an:

**Beitragszahlung:** Privat  Dienst   
SEPA-Lastschrift  Überweisung

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

**Anschrift:** **Bayerische Röntgengesellschaft e.V.,** Sekretariat: Hannelore Sauer  
 Holzriesenweg 25, 93053 Regensburg Tel.: 0941/63099882 Fax: 0941/63099881  
 Email: [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.)

Datum: .....

Unterschrift: .....

Bitte senden per Post an:

oder per Fax: 0941/63099881

An die  
Bayerische Röntgengesellschaft e.V.  
Sekretariat: Hannelore Sauer  
Holzwiesenweg 25  
**93053 Regensburg**

### 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 und BIC).