

---

## Aktualisierung der Mitgliedsdaten

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"/>

<b>gewünschter Postversand an:</b>	<b>Privat</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dienst</b> <input type="checkbox"/>
<b>Beitragszahlung:</b>	<b>SEPA-Lastschrift</b> <input type="checkbox"/>	<b>Überweisung</b> <input type="checkbox"/>

<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: Simone Hermannstaller  
 Starenstraße 8, 93352 Rohr i. NB Tel.: 08783 9679922 Fax: 08783 9673888  
 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: .....