

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

| | bei Einzug/Jahr | Selbstüberweiser/Jahr |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Beiträge: Chefärzte, 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"/> |
| Ruheständler, MTRA | € 13,- <input type="checkbox"/> | € 15,- <input type="checkbox"/> |

Anschrift: **Bayerische Röntgengesellschaft e. V.,** Sekretariat: Hannelore Sauer
Holzwiesenweg 25, 93053 Regensburg Tel.: 0941/63099882 Fax: 0941/63099881
Email: info@bayroe.de Homepage: <http://www.bayroe.de>

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

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. Ich kann diese Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann ich 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).