



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich bitte darum, als Mitglied in die Berliner Röntgen-Gesellschaft aufgenommen zu werden:

Name, Vorname:

Titel:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

EFN:

Ich bin als niedergelassene(r) Ärztin/Arzt in eigener radiologischer, nuklearmedizinischer oder strahlentherapeutischer **Praxis** tätig.

Praxisanschrift: Tel.:

Ich bin als **angestellte(r)**

Fachärztin/Facharzt für

Arzt der Weiterbildung für

Medizinphysiker

Strahlenbiologe

Strahleningenieur

MTRA

tätig bei: Tel.:

Anschrift: Tel.:

Ich bin tätig bei der **Firma**

Anschrift: Tel.:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Jahresbeitrag:

Chefärztinnen/-ärzte, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Industrieangehörige 70,00 EUR

Angestellte Ärztinnen/Ärzte, Physiker, Biologen, Ingenieure 40,00 EUR

MTRA 20,00 EUR

Ehrenmitglieder und Mitglieder, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, sind beitragsfrei.

Berliner Röntgen-Gesellschaft - Röntgenvereinigung zu Berlin und Brandenburg e. V.

c/o Deutsche Röntgen-Gesellschaft e.V.,

Ernst-Reuter-Platz 10, D-10587 Berlin

Tel.: +49 - 30 - 916 070-55 Fax: +49 - 30 - 916 070-22 Mail: brg@drg.de

Konto: BRG-RBB e.V. IBAN DE 62 1007 0848 0355 235300 BIC DEUTDEDB110