



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich bitte darum, als Mitglied in die Berliner Röntgengesellschaft 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 Röntgengesellschaft - Röntgenvereinigung zu Berlin und Brandenburg e. V.

c/o Deutsche Röntgengesellschaft e.V., Nina Keil

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



**Berliner Röntgengesellschaft - Röntgenvereinigung zu Berlin und
Brandenburg e. V.**

WWW.BERLINER-ROENTGENGESELLSCHAFT.NET

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00001139479

Berliner Röntgengesellschaft -
Röntgenvereinigung zu Berlin und Brandenburg e. V.
c/o Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
Nina Keil
Ernst-Reuter-Platz 10
D-10587 Berlin

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Berliner Röntgengesellschaft - Röntgenvereinigung zu Berlin und Brandenburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BRG-RBB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname:
(Kontoinhaber)

Straße:

PLZ, Ort:

IBAN: DE.....

BIC:

.....
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Berliner Röntgengesellschaft - Röntgenvereinigung zu Berlin und Brandenburg e. V.
c/o Deutsche Röntgengesellschaft e. V., Nina Keil
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