



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:.....

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.:.....

Ich bin tätig bei der Firma

Anschrift: :.....Tel.:.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Jahresbeitrag:

Chefärztinnen/-ärzte, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Industrieangehörige 80,00 EUR

Fachärztinnen/-ärzte, Oberärztinnen/-ärzte, Physikerinnen/ Physiker,
Biologinnen/Biologen, Ingenieurinnen/Ingenieure 60,00 EUR

Ärztinnen/Ärzte in Aus- und Weiterbildung (AIW) 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 Röntgengesellschaft
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