



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich bitte darum, als Mitglied in die Berliner Röntgengesellschaft aufgenommen zu werden:

Name, Vorname: _____

Titel: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____ E-mail: _____

EFN: _____

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

Praxisanschrift: _____

Telefon dienstlich: _____ E-Mail dienstlich: _____

Ich bin **angestellte(r)**

- ☐ Fachärztin/Facharzt
- ☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung
- ☐ Medizinphysikerin/Medizinphysiker
- ☐ Strahlenbiologin/Strahlenbiologe
- ☐ Strahleningenieurin/Strahleningenieur
- ☐ MTR

Dienstgeber-Anschrift: _____

Telefon dienstlich: _____ E-Mail dienstlich: _____

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 |
| ☐ Ruhestand ab 65. Lebensjahr | 40,00 EUR |
| ☐ MTRA | 20,00 EUR |