



## Änderungsmitteilung zur Mitgliedschaft

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

Ruhestand ab 65. Lebensjahr 40,00 EUR

MTRA 20,00 EUR

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