



Röntgengesellschaft von Niedersachsen, Bremen und Sachsen-Anhalt e. V.

Fax-Nr.: 030 679 66 88 55

Änderung der Kontaktdaten:

Name	
Vorname	
Titel	
Geburtsdatum	
Dienststellung	
Klinik, Abteilung	
E-Mail	

Dienstanschrift*

Privatanschrift*

Straße		Straße	
PLZ		PLZ	
Ort		Ort	
Tel.:		Tel.:	
E-Mail		E-Mail:	
Bundesland			

***Bitte kreuzen Sie die [Kommunikationsadresse](#) an!**

Berufsbezeichnung:
ein:

Meine überwiegende Tätigkeit stufe ich hier

- Arzt für Radiologie
- Arzt für Diagnostische Radiologie
- Arzt für Strahlentherapie
- Arzt für Nuklearmedizin
- Teilgebiet Neuroradiologie
- Teilgebiet Kinderradiologie
- Arzt in Weiterbildung
- Physiker
- Ingenieur
- Sonstige Berufe _____

- Radiologische Diagnostik
- Nuklearmedizin
- Strahlenbiologie, -physik und -technik
- Strahlentherapie

Ihre persönlichen Daten werden gemäß Datenschutzgesetz §24 vertraulich behandelt.

Ort, Datum, Unterschrift