



Antrag auf Mitgliedschaft in der Röntngengesellschaft von Niedersachsen, Bremen und Sachsen-Anhalt e. V.

Name	
Vorname	
Titel	
Geburtsdatum	
Dienststellung	
Klinik, Abteilung	
E-Mail	

Dienstanschrift*

Privatanschrift*

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

***Bitte kreuzen Sie die Kommunikationsadresse an!**

Berufsbezeichnung:

Meine überwiegende Tätigkeit stufe ich hier ein:

- 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

Mitgliedsbeiträge:

- Chefarzt, niedergelassener Arzt 40,00 €
- Oberarzt, Assistenzarzt, AIP, Naturwissenschaftler 20,00 €
- Mitarbeiter in der Industrie 40,00 €
- Arzt im Ruhestand beitragsfrei*

*Bitte legen Sie dem Anmeldeformular eine entsprechende Bescheinigung bei.

Sind Sie gleichzeitig Mitglied der DRG, Norddt. Röntngengesellschaft o.a.? _____

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 14 Tagen diesem Antrag widersprechen kann. Ich erhalte von der Röntngengesellschaft von Niedersachsen, Bremen und Sachsen-Anhalt e. V. eine Mitgliedsbescheinigung und ein Formular zur Abbuchungsberechtigung des Jahresbeitrages, das ich ausgefüllt und unterschrieben zurücksende.

Persönliche Daten werden gemäß Datenschutzgesetz §24 vertraulich behandelt.

Ort, Datum, Unterschrift

☒ Geschäftsstelle Röntngengesellschaft NSBSA, c/o KelCon GmbH

Taunentzienstr. 1, 10789 Berlin | Kontakt: Tel.: 030 679 66 88 58, Fax: 030 679 66 88 55, E-Mail: info@nsbsa-roentngengesellschaft.de



Antrag auf Mitgliedschaft in der Röntgengesellschaft von Niedersachsen, Bremen und Sachsen-Anhalt e. V.

**Fax-Nr.: 030 679 66 88 55
der Geschäftsstelle**

Bitte füllen Sie die erforderlichen Daten aus und senden uns das Formular zurück.

- Geschäftsstelle der Röntgengesellschaft NSBSA, c/o KelCon GmbH
Tautenzienstr. 1, 10789 Berlin
Kontakt: Tel.: 030 679 66 88 58, Fax: 030 679 66 88 55, E-Mail: info@nsbsa-roentgengesellschaft.de

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Röntgengesellschaft von Niedersachsen, Bremen und Sachsen-Anhalt e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein 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 der Bank: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ihre persönlichen Daten werden gemäß Datenschutzgesetz §24 vertraulich behandelt.

Ort, Datum, Unterschrift