



Antrag auf Mitgliedschaft in der Röntgengesellschaft 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/Ärztin für Radiologie
- Arzt/Ärztin für Diagnostische Radiologie
- Arzt/Ärztin für Strahlentherapie
- Arzt/Ärztin für Nuklearmedizin
- Teilgebiet Neuroradiologie
- Teilgebiet Kinderradiologie
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung
- Physiker/-in
- Ingenieur/-in
- Sonstige Berufe _____

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

Mitgliedsbeiträge:

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

*Bitte legen Sie dem Anmeldeformular eine entsprechende Bescheinigung bei.

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

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 14 Tagen diesem Antrag widersprechen kann. Ich erhalte von der Röntgengesellschaft 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 Röntgengesellschaft 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-roentgenesellschaft.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
Tauentzienstr. 1, 10789 Berlin

Kontakt: Tel.: 030 679 66 88 58, Fax: 030 679 66 88 55, E-Mail: info@nsbsa-roentgenesellschaft.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.

Kontoinhaber: _____

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ihre persönlichen Daten werden gemäß Datenschutzgesetz §24 vertraulich behandelt.

Ort, Datum, Unterschrift