

BDR-Geschäftsstelle
August-Exter-Str. 4

81245 München



Tel: 089 / 89623610

Fax: 089 / 89623612

Antrag auf Mitgliedschaft

Nachname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Privatadresse: _____ Praxis-/Klinik-/Institutsadresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____ e-mail: _____

Homepage: _____ Homepage: _____

Bitte senden Sie zukünftig sämtliche Unterlagen an: Privatadresse: Klinik-/Praxisadresse
E-Mail-Newsletter BDR an: Privat ja nein Praxis / KH ja nein
Rechnung per E-Mail / per Post an: Privat Praxis / KH

Geburtsdatum: _____ Eintrittsdatum BDR: _____

Bundesland: _____ KV: _____ ÄK: _____

derzeitige Tätigkeit:

Klinik <input type="radio"/> Chefarzt/Oberarzt mit Liquidationsrecht seit _____ <input type="radio"/> Chefarzt/Oberarzt ohne Liquidationsrecht <input type="radio"/> Kinderradiologe <input type="radio"/> Assistenzarzt mit Facharztbezeichnung <input type="radio"/> Arzt in der Weiterbildung <input type="radio"/> halbtags	Praxis niedergelassen in <input type="radio"/> Einzelpraxis <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis* niedergelassen seit _____ GP mit ___ Partnern <input type="radio"/> Angestellter Arzt als (Mit-)Beteiligter am MVZ <input type="radio"/> Angestellter Arzt <input type="radio"/> in MVZ <input type="radio"/> bei Niedergelassenem Arzt <input type="radio"/> Arzt in der Weiterbildung <input type="radio"/> halbtags
<input type="radio"/> Vertreter <input type="radio"/> halbtags <input type="radio"/> arbeitslos <input type="radio"/> Rentner <input type="radio"/> außerordentliches Mitglied (Industriangehörige etc.)	

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt: € _____ (siehe Anlage)

* Zum Nachweis der Mitgliedschaft aller Ärzte bitte Praxisbriefkopf o. ä. beilegen.
(Im Mitgliedsbeitrag ist derzeit der kostenlose Bezug der Zeitschrift "DER RADIOLOGE" enthalten.) (Der Mitgliedsbeitrag wird für das Eintrittsjahr anteilig erhoben.)

Facharztbezeichnung: Radiologie Diagnostische Radiologie Radiologische Diagnostik Nuklearmedizin Strahlentherapie

Schwerpunkt / Fachkunde: Kinderradiologie, Neuroradiologie

konv. Rö Kinder Neuro Nuk CT CT-Herz MRT MRT-Herz Angio Mammo Screening PET Sono

Ämter / politische Kontakte:

Ärztekammer KV Freie Verbände / Partei / Sonstiges _____

Funktion: _____

Die Satzung des BDR und meines Landesverbands habe ich unter www.radiologenverband.de eingesehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Mitgliedsbeitrag BDR

Verpflichtungsgrund, ev. Betragsbegrenzung

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

BIC

Genauere Bezeichnung des kontoführenden Instituts

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich kann meinen Einziehungsauftrag bis zu 6 Wochen nach dessen Abbuchung widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift/en