

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Berufsverband Deutscher Neuroradiologen (BDNR) e.V.

§3 (1): „Mitglieder des Verbandes können nur solche Ärzte werden, die seit mindestens drei Jahren auf dem Gebiet der Neuroradiologie hauptberuflich tätig sind und eine neuroradiologische Spezialausbildung an einer neuroradiologischen Institution, die von einem hauptamtlich tätigen Neuroradiologen geleitet wird, erhalten haben.“  
 §4 (1) „Die Mitgliedschaft endet: f) durch Aufgabe der Neuroradiologie als hauptberufliche Tätigkeit.“  
 Satzung des BDNR 1982 (Revision 2015)

## Stammdaten:

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname
_____		
Geburtsdatum		

## Kontaktdaten privat:

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____		
Mailadresse		

## Kontaktdaten Praxis/Klinik:

_____	_____	_____
Praxis/Klinikname		ggf. Abteilung
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Mailadresse	Telefon	Fax

## Bisherige neuroradiologische Tätigkeit (Zeitraum, Institut, Abteilung)

.....

\_\_\_\_\_

.....

Teilgebietsanerkennung: ja, seit (MM/JJ):  
 DGNR Mitglied: ja, seit (MM/JJ):

*Mit dieser Erklärung trete ich dem BDNR bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem BDNR keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich.*

.....  
 Ort, Datum, Unterschrift

## Entscheidung des Vorstands:

Antrag zugestimmt (Ort, Datum, Unterschrift) .....

Antrag abgelehnt (Ort, Datum, Unterschrift) .....

