

# 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 die Schwerpunktenerkennung im Fach Neuroradiologie erworben haben und auf dem Gebiet der Neuroradiologie hauptberuflich tätig sind.“  
 §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):
DGMR Mitglied:	ja, seit (MM/JJ):

Ich beantrage ein Jahr kostenfreie Mitgliedschaft, da der Erwerb des Schwerpunktes nicht länger als 24 Monate zurückliegt. Ein Nachweis liegt dem Antrag bei.

*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

Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e. V.  
c/o Deutsche Röntgengesellschaft e. V.  
Ernst-Reuter-Platz 10  
10587 Berlin

**Fax: +49 30 916070-22**  
**E-Mail: bdnr@drg.de**

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e. V.,  
Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin, widerruflich, den Jahresbeitrag in Höhe von  
280,00 Euro zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC (optional) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift