

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:

<b>Klinik</b> <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	<b>Praxis</b> 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 Rückseite)

\* 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](http://www.radiologenverband.de) eingesehen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

# MITGLIEDSBEITRÄGE 2012

Die Delegiertenversammlung des Berufsverbandes hat am 18.02.2012 in Berlin folgende Beitragssätze für das Jahr 2012 gem. § 7 Ziff. 2 der Satzung vom 20.11.1998 beschlossen:

<b>Niedergelassene und Chefärzte <u>mit</u> Liquidationsrecht als Einzelmitglieder, Angestellte Ärzte als (Mit-)beteiligte am MVZ Außerordentliche Mitglieder (Industrieangehörige etc. )</b>	€ 860,--
<b>Bei Mitgliedschaft aller liquidationsberechtigten Ärzte einer Praxis, eines MVZ, bzw. einer Klinikabteilung, je Mitglied</b>	€ 575,--*
<b>Chefärzte <u>ohne</u> Liquidationsrecht, Oberärzte <u>mit</u> Liquidationsrecht, Chefärzte und niedergel. Ärzte im 1. Jahr, Vertreter Angestellte in MVZ oder bei Niedergelassenen (ohne Beteiligung)</b>	€ 430,--
<b>Oberärzte <u>ohne</u> Liquidationsrecht, Kinderradiologen</b>	€ 345,--
<b>Assistenzärzte mit Facharztbezeichnung (im Krankenhaus)</b>	€ 180,--
<b>Ärzte in Weiterbildung, Rentner arbeitslose Ärzte</b>	€ 125,--
<b>Halbtagsbeschäftigte (Teilzeit bis max. 20h/Woche)</b>	50 % des jew. o. a. Beitrages, mind. jedoch € 125,--

\* Zum Nachweis der Mitgliedschaft aller Ärzte bitte Praxisbriefkopf o. ä. beilegen.

## 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

\_\_\_\_\_  
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