

Bitte einsenden an:

**Akademie für Fort- und Weiterbildung
in der Radiologie**
Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie, Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin, widerruflich, den Jahresbeitrag in Höhe von:

(bitte ankreuzen)

- € 26,00 für Mitglieder der DRG und des BDR
 € 13,00 für Ärzte in Weiterbildung und Ärzte ohne Anstellung
 € 77,00 für andere Teilnehmer

für die Teilnahme am CME-Programm der Akademie bei Fälligkeit zu Lasten meines

Girokontos Nr. _____ BLZ _____

bei (Kreditinstitut) _____ einzuziehen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Mitgliedsnummer: _____

Anschrift: privat dienstlich

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ FAX: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift