

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Sächsischen Radiologischen Gesellschaft e.V.

Name: .....

Vorname: .....

Titel: .....

Geb.-Datum: .....

Dienstanschrift: .....

Telefon / Fax dienstl.: .....

e-mail: .....

Privatanschrift: .....

Status zur Festlegung des jährlichen Mitgliedbeitrages:

- |                          |  |         |
|--------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | Assistenzarzt:                                   | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt / Chefarzt / Niederlassung / Industrie. | 50,00 € |

Folgende Daten dürfen im nur für Mitglieder zugänglichen Online-Mitgliederverzeichnis veröffentlicht werden oder auf Anfrage per E-Mail oder Post an andere Mitglieder der SRG herausgegeben werden (nichtzutreffendes bitte streichen):

E-Mail-Adresse dienstlich / privat – Dienstadresse – Telefonnummer dienstl. – Privatadresse – Tel.-Nr. privat

Datum, Ort

Unterschrift

**Zur Vereinfachung unserer Verwaltungsaufgaben bitten wir um Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:**

### SEPA-Lastschriftmandat

Sächsische Radiologische Gesellschaft e.V. ,Sitz: Dresden VR 99  
c/o Prof. Dr. N. Abolmaali, Stresemannplatz 12, 01309 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer DE99 ZZZ0 5678 9012 34

Ich ermächtige die SRG e.V., die jährlich fälligen Beitragszahlungen von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SRG e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber): .....

Kreditinstitut (Name und BIC): ..... | .....

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | .....

Datum, Ort Unterschrift

**Alternative zum SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich bin nicht mit einem Einzug des fälligen Jahresbeitrags einverstanden und überweise selbst den fälligen Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Sächsische Radiologische Gesellschaft  
Ostsächsische Sparkasse Dresden  
IBAN: DE96 8505 0300 3120 0910 64  
BIC: OSDDDE81XXX

Datum, Ort Unterschrift

Den vollständig ausgefüllten Bogen bitte senden (postalisch, email oder per Fax) an:

Sächsische Radiologische Gesellschaft e.V.  
Sekretariat, Fr. R. Wagener  
Radiolog. Gemeinschaftspraxis  
G.-Schwarz-Str. 49  
04177 Leipzig

Tel.: 0341 35422860  
Fax: 0341 35422869  
email: sekretariat-srg@radiologie-leipzig.de