



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
MUSKULOSKELETTALE RADIOLOGIE e.V.

Geschäftsstelle:
Yvonne Hollmer
Auenstraße 20c
82515 Wolfratshausen

Email: info@dgmsr.de
Web: www.dgmsr.de

Bitte per Post an:

oder per Fax: +49 8171 / 931 070

Deutsche Gesellschaft für muskuloskelettrale Radiologie e.V.
c/o Yvonne Hollmer
Auenstraße 20c
82515 Wolfratshausen

Name:

Vorname:

Titel:

Dienststellung:

Geb.-Datum:

EFN:

Dienstanschrift

Klinik / Praxis / Firma:

Abteilung:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Telefax:

Email:

Privatanschrift

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Telefax:

Email:

Berufsbezeichnung

Arzt/Ärztin für Radiologie, AR

Arzt/Ärztin anderer Fachrichtung

Arzt/Ärztin für Diagnostische Radiologie

Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Arzt/Ärztin für radiologische Diagnostik

anderer Beruf

Teilgebiet Kinderradiologie

MTRA

Teilgebiet Neuroradiologie

Schriftverkehr

an Dienstanschrift

an Privatanschrift

Email-Adresse im Mitgliederverzeichnis veröffentlichen

ja nein

Beiträge

- | | | |
|--|--------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Facharzt/Ärztin und andere Berufe | € 70,- | (mit ESSR Mitgliedschaft 140,- *) |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin in Weiterbildung (bis 32. Lebensjahr) | € 30,- | (mit ESSR Mitgliedschaft 100,- *) |
| <input type="checkbox"/> MTRA | € 30,- | (mit ESSR Mitgliedschaft 100,- *) |

* mit online-Abonnement der Zeitschrift „Seminars in Musculoskeletal Radiology“

Der Satzung der DGMSR als Grundlage für die Mitgliedschaft stimme ich zu.

Die o.g. Mitgliedsbeiträge gelten bei Anwendung des SEPA Lastschriftverfahrens (s.u.).

Bei Nichterteilung eines SEPA Lastschriftmandats wird jährlich eine Zahlungsaufforderung versandt.

Der Mitgliedsbeitrag erhöht sich automatisch um Euro 20,- (Bearbeitungsgebühr)

Datum:

Unterschrift:

BITTE NICHT DURCHSCHNEIDEN



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für muskuloskeletale Radiologie e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für muskuloskeletale Radiologie e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann diese Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann ich die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN (DE=22 Zeichen/AT = 20 Zeichen)

BIC

Datum / Ort:

Unterschrift:

Als Mandatsreferenznummer wird meine Mitgliedsnummer verwendet.

Die Abbuchung der jährlichen Beiträge erfolgt über meine internationale Kontonummer (IBAN).