



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
MUSKULOSKELETTALE RADIOLOGIE e.V.

Geschäftsstelle:  
Yvonne Hollmer  
Auenstraße 20c  
82515 Wolfratshausen

E-Mail: [info@dgmsr.de](mailto:info@dgmsr.de)  
Web: [www.dgmsr.de](http://www.dgmsr.de)

An:

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

E-Mail: [info@dgmsr.de](mailto:info@dgmsr.de)  
Fax: +49 8171 / 031 070

**Name:**

**Vorname:**

Titel

Dienststellung:

Geb.-Datum:

EFN:

---

### Dienstanschrift

Klinik / Praxis / Firma:

Abteilung:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

---

### Privatanschrift

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

---

### 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

E-Mail-Adresse im Mitgliederverzeichnis veröffentlichen

an Privatanschrift

## Beiträge

Facharzt/Ärztin und andere Berufe	€ 100,-	(mit ESSR Mitgliedschaft 175,- *)
Arzt/Ärztin in Weiterbildung (bis 32. Lebensjahr)	€ 60,-	(mit ESSR Mitgliedschaft 135,- *)
MTRA	€ 60,-	(mit ESSR Mitgliedschaft 135,- *)

\* 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 / Ort:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für muskuloskelettale Radiologie e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für muskuloskelettale 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

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).