



Akademie für Fort- und  
Weiterbildung in der Radiologie  
Geschäftsstelle der DRG  
Ernst-Reuter-Platz 10

10587 Berlin

Tel. (030) 916070-15

Fax (030) 916070-22

## Teilnahme am CME-Programm der VMTB in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Hiermit melde ich mich zur Teilnahme am CME-Programm der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Deutschen Röntgengesellschaft an. Die Teilnahme ist kostenfrei in meiner VMTB-Mitgliedschaft enthalten.

*Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:*

Mitgliedsnummer VMTB: \_\_\_\_\_ Teilnahme ab: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**