



Thüringische Gesellschaft  
für Radiologie  
und Nuklearmedizin e.V.

## AUFNAHMEANTRAG

Name, Vorname: .....

Titel: .....geb.....

Anschrift/Telefon, E-mail – dienstlich: .....

.....

.....

Anschrift/Telefon/E-mail – privat: .....

.....

Arzt für Radiologie: ja / nein seit: .....

und/oder Arzt für: ..... seit: .....

Assistenzarzt – Facharzt – Chefarzt - Niedergelassener Arzt – Rentner – Firmenangehöriger  
(Bitte Zutreffendes einkreisen)

Berufsbezeichnung von Firmenangehörigen: .....

Post an Dienststelle / privat (Bitte nicht Zutreffendes streichen)

Datum/Unterschrift:

.....

### **Anmerkung:**

Die endgültige Aufnahme in die TGRN e.V. erfolgt, wenn alle Unterlagen des Bewerbers vollständig vorliegen, satzungsgemäß jeweils bei der Mitgliederversammlung. Die Beitragszahlung beginnt mit dem Tag der Aufnahme. Der Mitgliedsbeitrag beträgt für Assistenzärzte und Pensionäre 25 €, Fachärzte, Chefarzte und Industrievertreter 50 € pro Jahr (möglichst über Einzugsermächtigung).