



Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie  
Deutsche Röntgengesellschaft e.V.  
Ernst-Reuter-Platz 10  
10587 Berlin

## Anmeldung zur Teilnahme am CME-Fortbildungsprogramm der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Akademieprogramm mit Beginn

Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

*Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:*

Herr  Frau Titel \_\_\_\_\_

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

Ggf. Dienststätte / Abt.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) der Ärztekammer \_\_\_\_\_

### Jahresbeitrag für die Teilnahme am CME-Programm der Akademie

*Bitte wählen Sie eine Beitragsgruppe aus.*

Mitglied der DRG (€ 26,00) – Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

Mitglied des BDR (€ 26,00) – Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt in Weiterbildung - DRG/BDR-Mitglied (€ 13,00) – Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt in Weiterbildung - kein Mitglied (€ 13,00)

ohne Beschäftigung (€ 13,00)

anderer Teilnehmer (€ 77,00)

Mitglied DGMTR(0,00€) – Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

