

## 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).

Als Bürge benenne ich folgendes Mitglied der TGRN e.V.:

.....

.....

(Die Bürgschaftserklärung liegt bei.)

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 15 € Fachärzte 20 € Chefarzte und niedergelassene Kollegen sowie Vertreter der Industrie 30 € pro Jahr (möglichst über Einzugsermächtigung).