

An den Vorsitzenden  
der Deutschen Gesellschaft für  
Interventionelle Radiologie – DeGIR  
Herrn Prof. Dr. Peter Reimer  
c/o Deutsche Röntgengesellschaft  
Ernst-Reuter-Platz 10  
10587 Berlin

**E-Mail: degir@drg.de**  
**Fax: +49 30 916070-22**

**ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT**  
**Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie**  
**und minimal-invasive Therapie – DeGIR**

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der DeGIR. Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft in der DRG konstitutionelle Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der DeGIR ist und ein jährlicher DeGIR-Mitgliedsbeitrag erhoben wird. Ärzte in Weiterbildung sind für maximal fünf Jahre vom Mitgliedsbeitrag befreit:

Ich beantrage die DeGIRplus-Mitgliedschaft in DeGIR und CIRSE (95,00 Euro/Jahr)

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der DeGIR (30,00 Euro/Jahr)

Titel: \_\_\_\_\_ DRG-Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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

**Dienstadresse:**

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Assistenzarzt    Facharzt    Oberarzt    Chefarzt

Arzt in Weiterbildung voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie – DeGIR (c/o Deutsche Röntgengesellschaft), Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin, widerruflich, den Jahresbeitrag in Höhe von

**95,00 Euro (Mitgliedschaft DeGIRplus)**

**bzw.**

**30,00 Euro (Mitgliedschaft DeGIR)**

zu Lasten meines Kontos

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

IBAN \_\_\_\_\_

BIC (optional) \_\_\_\_\_

einziehen.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

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