



Antrag auf Mitgliedschaft

per Email an: kontakt@bayro.de

Art der Mitgliedschaft (m/w/d):

Ordentliche Mitgliedschaft

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Praxisinhaber, Chefarzt, Ärztlicher Leiter MVZ | € 700,-- pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> nicht eigenverantwortliche Fachärzte/Oberärzte | € 300,-- pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Junior –Mitglieder (Assistenzärzte) | € 100,-- pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Ruheständler/Teilzeitbeschäftigte | € 100,-- pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> <u>Außerordentliche Mitgliedschaft (Kliniken)</u> | Mitgliedsbeitrag auf Anfrage |
| <input type="checkbox"/> <u>Fördermitgliedschaft</u> | Mitgliedsbeitrag auf Anfrage |

Kontaktdaten

Institution
Vorname, Name
Strasse
Postleitzahl/Ort
Website
Telefon
Email

- Ich bin damit einverstanden, meine angegebenen Daten für die Homepage www.bayro.de freizugeben und stimme der Speicherung meiner Daten nach der Datenschutzrichtlinie des EuGH zu.
- Hiermit bestätige ich, dass ich alle Bedingungen der Satzung des Verbandes der Bayerischen Strahlentherapeuten und Radioonkologen erfülle.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich per Lastschrift eingezogen wird. Die ausgefüllte Einzugsermächtigung ist dem Antrag beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Verbund Bayerischer Strahlentherapeuten
und Radioonkologen e.V.
z. Hd. Herrn Dr. Michael Allgäuer
Eichenstr. 13

93049 Regensburg

Hiermit ermächtige(n) ich/ wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bezüglich der

Mitgliedsbeiträge von €

(Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung)

bei Fälligkeit zu Lasten meines/ unseres Kontos mit der

IBAN: _____

BIC: _____ bei

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/ unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Für den Zahlungsempfänger