

# BBGN

BERLIN – BRANDENBURGISCHE GESELLSCHAFT FÜR NUKLEARMEDIZIN e.V.

c/o Charité - Universitätsmedizin Berlin  
CharitéCentrum6 - Klinik für Nuklearmedizin  
AB Klinische Nuklearmedizin  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Bitte senden Sie die Unterlagen per eMail an:  
Dr. Tobias Kaschel - Vorstand BBGN e.V. Mitgliederarbeit  
c/o Nuklearmedizin Nordost Brandenburg  
Rudolf-Breitscheid Str. 100 - 16225 Eberswalde  
tobias.kaschel@web.de

**Aufnahmeantrag als:**  ordentliches Mitglied  außerordentliches Mitglied

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

Geburtsdatum, Geburtsort: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsfeld:  selbständig/leitend  angestellt  Ruhestand

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

## Dienstanschrift

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

## Privatanschrift

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

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

Einverständnis zur Verarbeitung der Mitgliederdaten durch Vereinssoftware\*:  ja  nein

\*Server sind passwortgeschützt und in Deutschland lokalisiert. Diese Daten dienen nur zur Verarbeitung innerhalb der BBGN e.V. und werden nicht zur Verarbeitung und Werbezwecken an Dritte weitergeleitet.

Empfohlen durch folgende zwei ordentliche Mitglieder (Namen bitte in Druckbuchstaben):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beläuft sich derzeit auf € 40 für selbstständige/leitende ordentliche Mitglieder und € 25 für alle übrigen ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder. Der Mitgliedsbeitrag für Ruheständler beträgt € 5. Die Einzugsermächtigung finden rückseitig.

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

## Einzugsermächtigung per SEPA-Lastschriftverfahren

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

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

Hiermit ermächtige ich die Berlin-Brandenburgische Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. widerruflich den jährlichen Mitgliedsbeitrag von folgend benanntem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber, falls abweichend: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

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