

Akademie für Fort- und  
Weiterbildung in der Radiologie  
Geschäftsstelle der DRG  
Straße des 17. Juni 114

10623 Berlin

Tel. (030) 916070-15

Fax (030)916070-22

**Teilnahme am CME Programm der Akademie der Deutschen Röntgengesellschaft**

**Hiermit melde ich mich zur Teilnahme am CME-Programm der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Deutschen Röntgengesellschaft an.  
Der Beitrag für die Teilnahme ist bis 31.12.2006 in meinem Beitrag für die VMTB enthalten.**

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

**Mitgliedsnummer VMTB:** \_\_\_\_\_ **Teilnahme ab:** \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_