

Vereinigung der Medizinisch-Technischen Berufe in der
Deutschen Röntgengesellschaft - VMTB
Straße des 17. Juni 114
10623 Berlin

Tel.: (030) 916070-15
Fax: (030) 916070-22

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Vereinigung der Medizinisch-Technischen Berufe in der Deutschen Röntgengesellschaft (VMTB). Ich habe die Geschäftsordnung der Vereinigung vom 22. Mai 2001 (<http://www.drg.de/data/VMTB/Arbeitsordnung.html>) zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Name: _____ Vornamen: _____

Geburtsdatum: _____ Berufsbezeichnung: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Email: _____

Bitte tragen Sie die
Adresse ein, unter
der Sie von uns
angeschrieben
werden möchten

bitte zutreffendes ankreuzen!

- Ich bin nicht Mitglied des dvta: mein jährlicher VMTB-Mitgliedsbeitrag beträgt 30,00 Euro**
- Ich bin Mitglied des dvta: mein jährlicher VMTB-Mitgliedsbeitrag beträgt 24,00 Euro**
- Ich bin MTRA-SchülerIn: meine Ausbildungszeit endet voraussichtlich am
Mein VMTB-Mitgliedsbeitrag ist bis zum Ende meiner Ausbildungszeit kostenfrei.
Ich teile das Ende meiner Ausbildungszeit umgehend der Geschäftsstelle der VMTB mit.**

Ich ermächtige die Deutsche Röntgengesellschaft, meinen Jahresbeitrag in Höhe von 30 €(für dvta-Mitglieder 24 €) von meinem Konto einzuziehen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ermächtigung zum Bankeinzug des Mitgliedsbeitrages

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Röntgengesellschaft, Straße des 17. Juni 114, 10623 Berlin widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag für die Vereinigung der Medizinisch-Technischen Berufe in der DRG von

€ _____ bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

Kto.Nr. _____ BLZ _____

bei (Kreditinstitut) _____

durch Lastschrift einzuziehen.

(Ort) _____ (Datum) _____

(Unterschrift) _____