



# JUNGE NEURORADIOLOGIE

## Antrag auf Mitgliedschaft Junge Neuroradiologie

Name.....Vorname.....

Titel.....Geburtsdatum.....

Mitgliedsnummer DGNR:.....

### **Privatanschrift:**

Straße.....

PLZ.....Ort.....

Tel.:.....Fax:.....

E-Mail:.....

### **Dienstanschrift:**

Klinik/Institut:.....

Abteilung.....

Straße.....

PLZ.....Ort.....

Tel.:.....Fax:.....

E-Mail:.....

Ich bin in der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin Radiologie im:

1. Weiterbildungsjahr  2. Weiterbildungsjahr  3. Weiterbildungsjahr  4. Weiterbildungsjahr  5. Weiterbildungsjahr

Ich bin Fachärztin/Facharzt Radiologie

Ich bin in der Schwerpunkt-Weiterbildung Neuroradiologie im:

1. Weiterbildungsjahr  2. Weiterbildungsjahr

Ich führe die Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie seit \_\_\_\_\_ Jahren.

Ort, Datum.....

(Unterschrift)

### **Bitte senden an:**

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.  
Frau Nina Keil-Wündisch  
Ernst-Reuter-Platz 10  
10587 Berlin  
oder per Mail an [dgnr@neuroradiologie.de](mailto:dgnr@neuroradiologie.de)  
oder per Fax an 030/91607022