

Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V.
Geschäftsstelle
Carmerstraße 2
10623 Berlin

um Übersendung per E-Mail an info@bvdst.de wird gebeten
(Telefax an 030/ 310 077 14-77)

Anmeldung für das
16. BVDST-Herbstsymposium
Freitag, 29.11.2024 in Berlin

Name, Vorname:

Dienstadresse/Stempel:

Telefonnummer:

Faxnummer:

Email:

Ich bin Mitglied im Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V. (BVDST): Ja Nein

Hiermit melde ich mich verbindlich unter Zusicherung der Richtigkeit der folgenden Angaben zu dem 16. BVDST-Herbstsymposium am **Freitag, 29.11.2024** (10:30 Uhr – 18:15 Uhr) an:

Funktion/Tätigkeit des Teilnehmers*	Teilnehmerbeiträge*			
	BVDST-Mitglieder		Nichtmitglieder	
Chefarzt/-ärztin/ Leitende(r) (Ober-)Arzt/ Ärztin im KH oder MVZ/ Nieder- gelassene(r) Arzt/Ärztin/ Beratungsarzt/-ärztin in Institutionen	300,00 €	<input type="checkbox"/>	500,00 €	<input type="checkbox"/>
Nichtleitende(r) Arzt/Ärztin/ Oberarzt/-ärztin/ Angestellte Ärzte/-innen im MVZ oder in Praxis	180,00 €	<input type="checkbox"/>	350,00 €	<input type="checkbox"/>
Assistenzärzte/ sonstige Mitarbeiter/ Physiker/ Pensionäre/ Rentner	120,00 €	<input type="checkbox"/>	250,00 €	<input type="checkbox"/>

* Bitte Zutreffendes in der Tabelle ankreuzen.

Den auf mich entfallenden Teilnahmebeitrag überweise ich vor Beginn des Fortbildungsseminars **spätestens bis zum 22.11.2024** unter Angabe des aufgeführten Überweisungszweckes auf das folgende Konto des BVDST bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin: **IBAN: DE46 3006 0601 0002 8229 03; BIC: DAAEDEDXXX**
Überweisungszweck: Ihre Namensangabe / „16. BVDST-Herbstsymposium“

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Stempel der Klinik/Praxis