

## Antwort

per Fax an: 030/ 310 077 14-77 oder per E-Mail an: info@bvdst.de

### Anmeldung ONLINE-Fortbildungsveranstaltung

#### 12. BVDST-Herbstsymposium vom 27.11. bis 28.11.2020

Name, Vorname
---------------

Dienstadresse/Stempel
-----------------------

Email
-------

Telefon
---------

Fax
-----

Barcode oder EFN-Nr (Bitte aufkleben oder leserlich handschriftlich eintragen)
--

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

- Hiermit melde ich mich verbindlich unter Zusicherung der Richtigkeit der folgenden Angaben zur Online-Fortbildungsveranstaltung (12. BVDST-Herbstsymposium) von **Freitag, 27.11.2020** (13:00 Uhr – 17:00 Uhr) bis **Samstag, 28.11.2020** (09:30 Uhr – ca. 13:00 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 Online-Fortbildungsseminars **spätestens bis zum 23.11.2020** unter Angabe des aufgeführten Überweisungszweckes auf das folgende Konto des BVDST:  
**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin**  
**IBAN: DE46 3006 0601 0002 8229 03; BIC: DAAEDEDXXX**  
**Überweisungszweck: Ihre Namensangabe / 12. BVDST-Herbstsymposium**

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers  
(und ggf. Stempel Praxis/Klinik)