

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

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

Anmeldung für das
12. BVDST-Herbstsymposium
27.11. bis 28.11.2020 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 12. BVDST-Herbstsymposium von **Freitag, 27.11.2020** (13:00 Uhr – 17:00 Uhr) bis **Samstag, 28.11.2020** (09:00 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 Fortbildungsseminars **spätestens bis zum 20.11.2020** unter Angabe des aufgeführten Überweisungszweckes auf das folgende Konto des BVDST bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank Berlin: **IBAN: DE46 3006 0601 0002 8229 03; BIC: DAAEDEDXXX**
Überweisungszweck: Ihre Namensangabe/ „12. BVDST-Herbstsymposium“

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Stempel der Klinik/Praxis