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

um Übersendung per E-Mail an info@bvdst.de wird gebeten

Anmeldung für das

18. BVDST-Herbstsymposium
Freitag, 27.11.2026 in Berlin

Name, Vorname:

Dienstadresse/Stempel:

Telefonnummer:

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 18. BVDST-Herbstsymposium am **Freitag, 27.11.2026** (10:30 Uhr – 18:00 Uhr) an:

Funktion/Tätigkeit des Teilnehmers*	**Teilnehmerbeiträge***			
	BVDST-Mitglieder		**Nichtmitglieder**	
Chefarzt/-ärztin/ Leitende(r) (Ober-)Arzt/ Ärztin im KH oder MVZ/ Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin/ Beratungsarzt/-ärztin in Institutionen	300,00 €	☐	500,00 €	☐
Nichtleitende(r) Arzt/Ärztin/ Oberarzt/-ärztin/ Angestellte Ärzte/-innen im MVZ oder in Praxis	180,00 €	☐	350,00 €	☐
Assistenzärzte/ sonstige Mitarbeiter/ Physiker/ Pensionäre/ Rentner	120,00 €	☐	250,00 €	☐
Mitglieder der jDEGRO			50,00 €	☐

* Bitte Zutreffendes in der Tabelle ankreuzen.

☐ Den auf mich entfallenden Teilnahmebeitrag überweise ich vor Beginn des Fortbildungsseminars **spätestens bis zum 20.11.2026** 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: DAAEDEDDXXX**

Überweisungszweck: Ihre Namensangabe/ „18. BVDST-Herbstsymposium“

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Teilnehmers

_____

Stempel der Klinik/Praxis