

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

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

**Anmeldung für das**  
**15. BVDST-Herbstsymposium**  
**01.12. bis 02.12.2023 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 15. BVDST-Herbstsymposium von **Freitag, 01.12.2023** (13:00 Uhr - ca. 18:00 Uhr) bis **Samstag, 02.12.2023** (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-<br>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<br>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 ankreuzen.

Den auf mich entfallenden Teilnahmebeitrag überweise ich vor Beginn des Fortbildungsseminars **spätestens bis zum 24.11.2023** 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/ „15. BVDST-Herbstsymposium“**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Stempel der Klinik/Praxis