

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
17. BVDST-Herbstsymposium
Freitag, 28.11.2025 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 17. BVDST-Herbstsymposium am **Freitag, 28.11.2025** (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/ Nieder- gelassene(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 21.11.2025** 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/ „17. BVDST-Herbstsymposium“

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Stempel der Klinik/Praxis