

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

Antwortfax an 030/327 69 66-51

Anmeldung

**10. BVDST-Herbstsymposium
30.11. bis 01.12.2018 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 10. BVDST-Herbstsymposium von **Freitag, 30.11.2018** (13:00 Uhr – ca. 18:30 Uhr) bis **Samstag, 01.12.2018** (09:00 Uhr – ca. 13:15 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 €	<input type="checkbox"/>	500,00 €	<input type="checkbox"/>
Nicht leitende(r) Arzt/Ärztin, Oberarzt/-ärztin, Angestellte Ärzte/-innen im MVZ oder in Praxis	180,00 €	<input type="checkbox"/>	350,00 €	<input type="checkbox"/>
Assistenzärzte/ 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 22.11.2018** 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/ „10. BVDST-Herbstsymposium“

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Stempel der Klinik/Praxis