BVDST Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V.

Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V.
Geschäftsstelle
Kantstraße 149
10623 Berlin

Antwortfax an 030/27 87 84-59

Anmeldung

8. BVDST-Herbstsymposium
25.11. bis 26.11.2016 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 8. BVDST-Herbstsymposium von **Freitag, 25.11.2016** (13:00 Uhr – ca. 18:15 Uhr) bis **Samstag, 26.11.2016** (09:00 Uhr – ca. 14:00 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	200,00 €	☐	400,00 €	☐
Nicht leitende(r) Arzt/Ärztin, Oberarzt/-ärztin, Angestellte Ärzte/-innen im MVZ oder in Praxis	180,00 €	☐	350,00 €	☐
Assistenzärzte/ Pensionäre/ Rentner	120,00 €	☐	250,00 €	☐

* Bitte Zutreffendes in der Tabelle ankreuzen.

☐ Den auf mich entfallenden Teilnahmebeitrag überweise ich vor Beginn des Fortbildungsseminars **spätestens bis zum 18.11.2016** 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: „8. BVDST-Herbstsymposium"/Ihre Namensangabe

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Teilnehmers

_____
Stempel der Klinik/Praxis