



**Bitte bis 10.11.2024  
zurücksenden an**

Kongresskoordination  
Dr. Maximilian Kauth  
Fax.: 0721/974-4049  
E-Mail: SWDGN@gmx.de

**Kongress-Sekretariat 2024:**  
Universitätsklinikum Tübingen  
Prof. Dr. med. Ch. la Fougère  
Nuklearmedizin und Klinische  
Molekulare Bildgebung  
Otfried-Müller-Straße 14  
72076 Tübingen  
Tel: +49 7071 29-86553

### **Anmeldung SWDGN-Jahrestagung am 22./23. November 2024 in Stuttgart**

Bitte für jede anzumeldende Person ein separates Anmeldeformular nutzen!

(Bitte zutreffendes ankreuzen und in Druckbuchstaben ausfüllen)

---

#### **Tagungsteilnahme am 22. und/oder 23. November 2024**

- |                                      |                                  |                       |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Gast           | Arzt/Ärztin; Wissenschaftler/-in | Tagungsgebühr 60,00 € |
| <input type="radio"/> Gast           | MTR                              | Tagungsgebühr 20,00 € |
| <input type="radio"/> SWDGN-Mitglied | Arzt/Ärztin; Wissenschaftler/-in | Tagungsgebühr frei    |
| <input type="radio"/> SWDGN-Mitglied | MTR                              | Tagungsgebühr frei    |
- 

#### **Teilnahme Gesellschaftsabend (inklusive Speisen und Getränke) am 22. November 2024**

- Ja ich möchte verbindlich am Gesellschaftsabend im Restaurant Empore teilnehmen

Teilnahmegebühr: Arzt/Ärztin; Wissenschaftler/-in 70,00 €  
MTR 50 €

Spezielle Hinweise (z.B. vegetarisch, Allergien ...) \_\_\_\_\_

---

- |                                     |                                     |              |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <input type="radio"/> Dienstadresse | <input type="radio"/> Privatadresse | Titel: _____ |
| Vorname, Nachname: _____            |                                     |              |
| Straße, Hausnummer: _____           |                                     |              |
| PLZ, Ort: _____                     |                                     |              |
| Haus/Abteilung, Praxis: _____       |                                     |              |
| E-Mail: _____                       |                                     |              |