

# ANMELDUNG (Bitte bis spätestens **1. Oktober 2017** zurücksenden)

Zur Herbsttagung der Landesgruppe Rheinland-Pfalz/Saarland im Hotel Seezeitlodge am Bostalsee, melde/n ich/wir die nachfolgend aufgeführten Teilnehmer an:

## Sie haben Fragen?

Tel.: 0631 203 -1230 Fax: 0631 203 -1925

E-Mail: [vkd@westpfalz-klinikum.de](mailto:vkd@westpfalz-klinikum.de)

1.	Name, Vorname							
	Teilnahme	<input type="checkbox"/> Tag 1 (19.10.17)	<input type="checkbox"/> Abendessen		<input type="checkbox"/> Tag 2 (20.10.17)	VKD-Mitglied	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
2.	Name, Vorname							
	Teilnahme	<input type="checkbox"/> Tag 1 (19.10.17)	<input type="checkbox"/> Abendessen		<input type="checkbox"/> Tag 2 (20.10.17)	VKD-Mitglied	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
3.	Name, Vorname							
	Teilnahme	<input type="checkbox"/> Tag 1 (19.10.17)	<input type="checkbox"/> Abendessen		<input type="checkbox"/> Tag 2 (20.10.17)	VKD-Mitglied	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
4.	Name, Vorname							
	Teilnahme	<input type="checkbox"/> Tag 1 (19.10.17)	<input type="checkbox"/> Abendessen		<input type="checkbox"/> Tag 2 (20.10.17)	VKD-Mitglied	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Trennen Sie bitte die ausgefüllte Anmeldung ab und senden Sie diese in einem ausreichend frankierten Rückumschlag an uns zurück.

**An**

Westpfalz-Klinikum GmbH  
Geschäftsführung  
Herrn Peter Förster  
Hellmut-Hartert-Straße 1  
67655 Kaiserslautern

## Absender

Bitte Stempel oder in Blockschrift, inklusive Telefonnummer  
und E-Mail für eventuelle Rückfragen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....