

Anmeldeformular bitte nur für eine  
Anmeldung benutzen. Bei Anmeldungen  
mehrerer Teilnehmer/-innen bitte  
entsprechende Kopien fertigen.  
Danke!

Herrn Landesvorsitzenden  
Siegfried Ristau  
Verband der Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.  
Am Krankenhaus 1  
21614 Buxtehude

**Fax-Nr. : 04161 / 703-2045**

## Anmeldung

zum VKD-Küchenleiterlehrgang am 9. und 10. Mai 2019 in Bremerhaven  
gilt gleichzeitig als RECHNUNG

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
(bitte Druckbuchstaben)

Funktion \_\_\_\_\_

Beschäftigt bei \_\_\_\_\_  
Krankenhaus

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Mitglied des VKD in Niedersachsen ja  (250,-- EUR) nein  (350,-- EUR)  
Mitglied des VKD in Bremen ja  (250,-- EUR) nein  (350,-- EUR)

**Sparkasse Emsland**  
**IBAN: DE13 2665 0001 1091 0161 94; BIC: NOLADE21EMS**

Die Teilnahmegebühr habe ich auf das Konto des Verbandes überwiesen und erkenne an,  
dass diese nicht zurückgezahlt wird, wenn eine Teilnahmeabsage später als 3 Wochen vor  
Lehrgangsbeginn erfolgt.

### Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit einer Weitergabe meiner persönlichen Daten (Name,  
Anschrift, Telefon, Fax und Email) an alle Teilnehmer/innen des VKD-Herbstlehrgangs sowie an die  
Referenten

einverstanden bin  nicht einverstanden bin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel