

VKD Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern
c/o Krankenhaus Bad Doberan GmbH
Herrn GF Uwe Borchmann
Am Waldrand 1
18209 Hohenfelde

Fax: 038203 /94111

Anmeldefrist: bis spätestens 6. September 2019 !!!

Anmeldung

zur Herbsttagung der VKD-Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern
am 17./18. Oktober 2019 im Cliff-Hotel Sellin auf Rügen

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____

Krankenhaus / Einrichtung: _____

Mitglied VKD (285,-- €):

Mitglied VKD Senioren (90,-- €):

Nichtmitglied aus dem klinischen Bereich (470,-- €):

Gast (545,-- €):

Ich melde mich verbindlich für folgende Tage an: (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Donnerstag, den 17. Oktober 2019:

Freitag, den 18. Oktober 2019:

An der Abendveranstaltung nehme ich teil: in Begleitung

nehme ich nicht teil:

Den o. g. Gesamtbetrag in Höhe von: €

überweise ich auf das Konto:

Verband der Krankenhausdirektoren

Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern

Sparkasse Mecklenburg-Schwerin

Konto-Nr.: 161 0068 919 IBAN: DE11140520001610068919

BLZ: 140 520 00 BIC: NOLADE21LWL

(Bitte Namen der Einrichtung und des Teilnehmers vermerken!)

_____, den _____

Unterschrift