

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

gilt gleichzeitig als RECHNUNG
zum 67. Herbstlehrgang vom 16. - 18. November 2022 – Norderney

Name _____ Vorname _____
(bitte Druckbuchstaben)

Funktion _____

Beschäftigt im _____

Krankenhaus

Anschrift des Krankenhauses bzw. der Geschäftsstelle:

Straße _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____

Email-Anschrift _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Ich bin Mitglied des VKD Niedersachsen/Bremen ja (350,-- EUR)
nein (450,-- EUR)

(Mitgliedschaft ist Personenbezogen!)

Sparkasse Emsland

IBAN: DE13 2665 0001 1091 0161 94; BIC: NOLADE21EMS

Die Gesamtgebühr in Höhe von _____ € werde ich auf das Konto des Verbandes überweisen
und erkenne an, dass diese nicht zurückgezahlt wird, wenn eine Teilnahmeabsage nach dem
07.11.2022 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 die Referenten

einverstanden bin nicht einverstanden bin

Unterschrift

Stempel