

Absender:

Signatur



Fax: +49 6431-997-16188

E-Mail: [annette.roesner@dicv-limburg.de](mailto:annette.roesner@dicv-limburg.de)

**Anmeldung  
zur 72. Jahrestagung der VKD-Landesgruppe Hessen  
am 13. und 14. September 2023  
im Schlosshotel Bad Wilhelmshöhe in Kassel**

Bitte für jeden Teilnehmer\*in eine Anmeldung ausfüllen. Danke!

**Hiermit melde ich mich verbindlich an:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion/Titel: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich nehme an der Veranstaltung teil als:

- |                                            |       |
|--------------------------------------------|-------|
| <input type="radio"/> VKD Mitglied         | 330 € |
| <input type="radio"/> Klinikmitarbeiter*in | 450 € |
| <input type="radio"/> Trainee              | 110 € |
| <input type="radio"/> Andere               | 600 € |

Ich nehme an der Abendveranstaltung teil.

Eine Teilnahme an der Abendveranstaltung am 13.09. ist mir leider nicht möglich.

Ich möchte nur am 1. Tag (Mi. 13.09.) teilnehmen.

Ich möchte nur am 2. Tag (Do. 14.09.) teilnehmen.

**Ihre Hotelreservierung nehmen Sie bitte selbst mit dem separaten Reservierungsformular unter dem Stichwort „VKD Hessen“ zeitnah direkt im Schlosshotel Bad Wilhelmshöhe in Kassel vor: [info@schlosshotel-kassel.de](mailto:info@schlosshotel-kassel.de)**

Anmeldeschluss ist der **01. September 2023**. **Die Teilnehmergebühren werden mit der Anmeldung fällig** und wir bitten Sie, diese zeitnah auf das Konto IBAN: DE32 3006 0601 0002 6133 44 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG (BIC: DAAEDEDXXX) zu überweisen. Sie erhalten **keine separate Rechnung**. Bitte vermerken Sie bei der Überweisung unbedingt den **Namen des Teilnehmers / der Teilnehmerin**.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_