

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 29. und 30. November 2023 in Bremen
gilt gleichzeitig als RECHNUNG

Name _____ Vorname _____
(bitte Druckbuchstaben)

Funktion _____

Beschäftigt bei _____
Krankenhaus

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail-Adresse _____

Sparkasse Emsland

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

Die Teilnahmegebühr in Höhe von 350,00 EUR habe ich /werde ich auf das o.g. Konto des Verbandes überweisen und erkenne an, dass diese nicht zurückgezahlt wird, wenn eine Teilnahmeabsage später als 2 Wochen vor Lehrgangsbeginn erfolgt.

An der Abendveranstaltung nehme ich teil nehme ich nicht teil

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 Lehrgangs sowie an die Referenten

einverstanden bin nicht einverstanden bin

Unterschrift

Stempel