

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 oder per Post**

**Anmeldung**

gilt gleichzeitig als RECHNUNG  
zum 69. Herbstlehrgang vom 20. - 22. November 2024 – Norderney

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

Funktion \_\_\_\_\_

Beschäftigt im \_\_\_\_\_  
Krankenhaus  
Anschrift des Krankenhauses bzw. der Geschäftsstelle:

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Email-Anschrift \_\_\_\_\_

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

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 18.10.2024 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