

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 68. Herbstlehrgang vom 15. - 17. November 2023 – 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  
07.11.2023 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