

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