



Anmeldung
zum Qualifizierungsprogramm
„Health Care Manager (VKD DKG DKI)“

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Qualifizierungsprogramm
„Health Care Manager (VKD DKG DKI)“ an:

Private Anschrift

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Ort _____

Tel _____ Fax _____

E-Mail _____

- Bitte senden Sie die Rechnung an diese Rechnungsadresse
(**bitte ankreuzen**)

(Datum) (rechtsverbindliche Unterschrift)

Berufliche Anschrift

Institution _____

Abteilung, Position _____

Straße _____ Ort _____

Tel _____ Fax _____

E-Mail _____

- Bitte senden Sie die Rechnung an diese Rechnungsadresse
(**bitte ankreuzen**)

(Datum) (Stempel + rechtsverbindliche Unterschrift)



Ich erkenne hiermit die Teilnahme- und Zahlungsbedingungen für das Qualifizierungsprogramm „Health Care Manager (VKD DKG DKI)“ an.

Ich möchte die Studiengebühren

- in einer Summe zahlen (**bitte ankreuzen**)
- halbjährlich zahlen (**bitte ankreuzen**)
- vierteljährlich zahlen (**bitte ankreuzen**)
- monatlich zahlen (**bitte ankreuzen**)

Alle Beiträge werden bei Rechnungsstellung an eine Privatperson ausschließlich per Lastschriftverfahren eingezogen.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Studiengebühren und die Einschreibegebühr bei Fälligkeit zu Lasten meines nachstehend bezeichneten Giro- bzw. Postbankkontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kreditinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber

Datum

Unterschrift

Einsendeadresse:

**Deutsches Krankenhausinstitut GmbH
Geschäftsbereich Qualifikation
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf**