



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Fax-Nr.: (02 11) 4 70 51-19

Veranstaltungs-Nr. _____ Datum _____

Titel _____

Veranstaltungs-Nr. _____ Datum _____

Titel _____

Veranstaltungs-Nr. _____ Datum _____

Titel _____

Teilnehmer

Name _____

Firma¹⁾ _____

Abteilung¹⁾ _____ Funktion¹⁾ _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

E-Mail²⁾ _____ Tel., Fax _____

Abweichende Rechnungsanschrift

Rechnungsempfänger _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Mit Ihrer verbindlichen Anmeldung erkennen Sie unsere Teilnahmebedingungen an.

Ort _____ Datum _____ Stempel/Unterschrift _____

20% Gebührenerlass gewähren wir ab drei Mitarbeitern Ihres Unternehmens bei Teilnahme an derselben Präsenz-Veranstaltung³⁾, soweit die Anmeldung zeitgleich erfolgt.

**Deutsches Krankenhausinstitut GmbH, Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf,
www.dki.de, seminar@dkl.de**

¹⁾ Entfällt bei Anmeldung als Privatperson.

²⁾ Diese Angabe ist freiwillig. Sie können jederzeit der weiteren Verwendung Ihrer Daten (z.B. zu Werbezwecken) widersprechen, ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach dem Basistarif entstehen.

³⁾ Ausgenommen sind Online-Trainings.