



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 \_\_\_\_\_

Firma<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

Abteilung<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_ Funktion<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_ Tel., Fax \_\_\_\_\_

#### Abweichende Rechnungsanschrift

Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Mit Ihrer verbindlichen Anmeldung erkennen Sie unsere Teilnahmebedingungen an und bestätigen, dass wir Sie über den Umgang mit Ihren Daten informiert haben ([www.dki.de/datenschutz](http://www.dki.de/datenschutz)).

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

Deutsches Krankenhausinstitut GmbH, Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf,  
[www.dki.de](http://www.dki.de), [seminar@dkl.de](mailto:seminar@dkl.de)

<sup>1)</sup> Entfällt bei Anmeldung als Privatperson.

<sup>2)</sup> Diese Angabe ist freiwillig.