DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

# Anmeldung für Mitglieder des Bundesverbands der Krankenhaus- IT-Leiterinnen/Leiter (KH-IT)

***Per E-Mail an: geschaeftsstelle@kh-it.de***

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Veranstaltung(en) an:

Veranstaltungs-Nr.: _____ Veranstaltungs-Nr.: _____

Veranstaltungs-Nr.: _____ Veranstaltungs-Nr.: _____

Veranstaltungs-Nr.: _____ Veranstaltungs-Nr.: _____

Veranstaltungs-Nr.: _____ Veranstaltungs-Nr.: _____

Veranstaltungs-Nr.: _____ Veranstaltungs-Nr.: _____

Veranstaltungs-Nr.: _____

**Teilnehmer:in**

Name _____

Firma [1] _____

Abteilung [1] _____ Funktion [1] _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

E-Mail [2] _____ Tel., Fax _____

**KH-IT-Mitglieds-Nr.: _____**

**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).

_____

Ort, Datum Stempel/Unterschrift

[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.

**Deutsches Krankenhausinstitut GmbH**
Prinzenallee 13
40549 Düsseldorf
Tel.: (0211) 47051-16
**www.dki.de**