

Anmeldebogen

Hiermit melde ich mich für folgende Veranstaltung verbindlich an:

**20. Koordinationstreffen des HPVN e.V.
16.-17.11.2023
Katholische Akademie Stapelfeld**

Vor- und Zuname: _____
(bitte alles in BLOCKBUCHSTABEN eintragen)

Organisation: _____

E-Mail Adresse: _____
(Für zuverlässige Erreichbarkeit bei Absagen, Änderungen, etc.)

Zimmeroption: DZ _____
109,00 € (Name Bettnachbar-bitte zusätzlich anmelden!)
 EZ 120,00 €
 ohne Übernachtung 99,00 € :
➡ Anmeldung nur für beide Tage möglich !

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen leserlich aus und senden ihn einzeln (auch bei Belegung DZ) pro Teilnehmer*in, persönlich unterschrieben, an:

Mail: info@hospiz-nds.de
Fax: 05141/21 98 559
Post: HPVN, Fritzenwiese 117, 29221 Celle

Anmeldeschluss: 30.09.2023

Teilnahmebedingungen:

Teilnahmebeiträge sind bis zum 05.10.2023 zahlbar.

Bei Abmeldungen nach dem 11.10.2023 wird der Beitrag nicht mehr erstattet.

Für Tagesgäste gilt ein Festpreis, unabhängig davon, ob 1 oder 2 Tage genutzt werden können.

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen, akzeptiere sie und melde mich hiermit verbindlich an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Veranstaltung für z. B. Namensschilder, Teilnahmelisten und Teilnahmebescheinigungen (Urkunden) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Bankverbindung: Norddeutsche Landesbank IBAN DE18 2505 0000 0199 9792 38