

## Anmeldung

### Praxistraining Digital Health Manager IHK

Veranstaltungsnummer: **DHM-119-01**

Veranstaltungsort: **Ingolstadt**

Name: ..... Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Firma: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....  
geschäftlich privat

Telefax: .....  
geschäftlich privat

E-Mail: .....  
geschäftlich privat

Rechnung an: Teilnehmer  Firma   
(bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung)

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen zu oben  
genanntem Praxisstudium an.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Prüfungsreferat der IHK die Informationen über meine Zulassung/Nichtzulassung zur  
Prüfung an den Veranstalter IHK Akademie München und Oberbayern gGmbH weitergibt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Anmeldung bitte senden an**  
**IHK Akademie Ingolstadt, Despag-Str. 4a, 85055 Ingolstadt oder**  
**[florian.habermann@ihk-akademie-muenchen.de](mailto:florian.habermann@ihk-akademie-muenchen.de) oder**  
**Fax 0841 93871-17.**