

Anmeldung

Praxistraining Digital Health Manager IHK

Veranstaltungsnummer: **DHM-118-01**

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-Gesellschaft für Berufs- und Weiterbildung mbH weitergibt.
- Ich bin damit einverstanden, weitere Informationen zu Veranstaltungen der IHK-Akademie per Post, Telefax oder E-Mail zu erhalten. Dieses Einverständnis kann jederzeit von mir widerrufen werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Anmeldung bitte senden an IHK Akademie Ingolstadt, Despagn-Str. 4a, 85055 Ingolstadt oder florian.habermann@muenchen.ihk.de oder Fax 0841 93871-17.