

# ANMELDUNG zum IQMG-Seminar

Titel

Ort

Termin

## Teilnehmer

Name, Vorname

Institution

Funktion

Anschrift

Tel./Fax

E-Mail

Mitglied in einem BDPK-Landesverband

ja

nein

Mit den Seminarkonditionen erkläre ich mich einverstanden. Die Anmeldung ist verbindlich und verpflichtet zur Zahlung des Seminarbeitrags.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

**Zahlung des Seminarbeitrages** bis 14 Tage vor Seminarbeginn auf das Konto der IQMG GmbH:  
Deutsche Kreditbank AG (BLZ 120 300 00)  
Konto-Nr. 1001 1997 18  
Verwendungszweck: Seminartitel und Name/Vorname des Teilnehmers.

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Anmeldung spätestens zum jeweiligen Anmeldeschluss per E-Mail ([info@iqmg-berlin.de](mailto:info@iqmg-berlin.de)) oder per Fax (030-2400899-30) an das IQMG.



Institut für Qualitätsmanagement  
im Gesundheitswesen GmbH

Friedrichstraße 60, 10117 Berlin,  
Telefon: +49 (0) 30 - 2 40 08 99 -0  
Fax: +49 (0) 30 - 2 40 08 99 -30  
[info@iqmg-berlin.de](mailto:info@iqmg-berlin.de) • [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de)