



**ANMELDUNG
für die Ausbildung zum / zur Wundbehandlungsmanager/in**

Krankenhaus / Abteilung / Institution	
Vorname	
Familiennamen	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon	
Email	
Ich bin	<input type="checkbox"/> Arzt
	<input type="checkbox"/> DGKS/P
	<input type="checkbox"/> sonstiges.....
Termine	1. Ausbildungstermin 2010 (Bad Tatzmannsdorf)
	<input type="checkbox"/> 25.01. – 30.01.2010 (inkl. Samstag)!
	<input type="checkbox"/> 22.02. – 26.02.2010
	<input type="checkbox"/> 12.04. – 16.04.2010
	<input type="checkbox"/> 17.05. – 21.05.2010
	2. Ausbildungstermin 2010 (Bad Tatzmannsdorf)
	<input type="checkbox"/> 06.09. – 11.09.2010 (inkl. Samstag)!
	<input type="checkbox"/> 04.10. – 08.10.2010
	<input type="checkbox"/> 08.11. – 12.11.2010
	<input type="checkbox"/> 13.12. – 17.12.2010
Datum	Unterschrift / Stempel

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular zur Gänze aus.
Durch eine Anzahlung von 20 % der Kursgebühren ist die Anmeldung verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Anmeldebestätigung und weitere Informationen von uns.

www.akademie-wundmanagement.at

7431 Bad Tatzmannsdorf, Elisabethallee 2 | **Tel.:** +43 (0)699/10710610 od. +43 (0)650/4640143

E-Mail: office@akademie-wundmanagement.at | **Bankverbindung:** Volksbank Südburgenland, Bad Tatzmannsdorf

Kto. Nr. 45208540001 | BLZ: 49220 | IBAN: AT734922045208540001 | BIC: VOPIAT2102G