

## ANMELDUNG für die Weiterbildung "§64 GuKG/Wundmanagement" 2019

Krankenhaus / Abteilung / Institution

Vorname

Familienname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Email

Ich bin  Arzt

DGKS/P

sonstiges \_\_\_\_\_

### Termine 2019/Herbst

F6.09. – 21.09.2019 (inkl. Samstag)!

07.10. – 11.10.2019

11.11. – 15.11.2019

09.12. – 13.12.2019

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus.  
Durch eine Anzahlung von €1200.- (brutto) ist die Anmeldung verbindlich  
Wir senden Ihnen umgehend eine Anmeldebestätigung und weitere Informationen zu.