

Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH
Institut & Schule für Podologie
Danziger Strasse 2

Fax-Nr.: 05431 – 90 38 79

49610 Quakenbrück

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Weiterbildung „Wundexperte ICW“
vom: 09. Oktober bis 16. November 2015 an.

Kursgebühr: 720,00 Euro

Name:	
Vorname:	
Geb.- Datum:	
Geb.- Ort:	
PLZ/Wohnort:	
Straße:	
Telefon:	
E-Mail:	

Berufsnachweis –(bitte in Kopie beifügen oder bei Ausbildungsbeginn vorlegen):

- Podologe
- Medizinische Fachangestellte
- Gesundheits- u. Krankenpfleger/ In
- Altenpfleger/ In
- PTA CTA COA

Termine:

- 1) 09.10. bis 11.10.2015
- 2) 23.10. bis 25.10.2015
- 3) 06.11. bis 08.11.2015

Unterrichtszeiten:

- Freitag: 09.00 – 14.30 Uhr
- Samstag: 09.00 - 14.30 Uhr
- Sonntag: 09.00 – 15.00 Uhr

Prüfungsklausur: Montag, den 16.11.2015

_____, den _____
Ort

× _____
Unterschrift

Kostenträger / Rechnungsanschrift: (Firmen / Praxisstempel)