



## WKM Rösner AKADEMIE in Kooperation mit der Akademie ZWM® GmbH

### Anmeldeformular Spezialisierungsseminar Wundmanagement 2026

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Veranstaltung an:

Titel: **Spezialisierungs-Basiskurs im Wundmanagement zum WM® Modul 1, 2 u. 3**

Termine/ Zeitraum: : **Kurs 4 12.01.2016 – 12.06.2026**

**Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben!**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Private Anschrift :** \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Dienstliche Anschrift:** \_\_\_\_\_

Einrichtung/Klinik: \_\_\_\_\_

Abteilung/Bereich/Station: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Ggf. zusätzliche/r Ansprechpartner/in inkl. Kontaktdataen (z.B. in der Personalabteilung, Vorgesetzte/r)

Rechnungsanschrift:  Privat  Dienstlich. Bitte auswählen, an welche Anschrift die Rechnung gerichtet werden soll.

Datum: Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers :

Datum: Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers