

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. Kontaktdaten (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