

Anmeldung zur Teilnahme am Weiterbildungslehrgang zur Wundassistent/-in DDG

Teilnehmer/in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum/Ort: _____

Privatanschrift: _____

Telefon/Fax/e-mail: _____

Angaben zur delegierenden Arztpraxis, Klinik oder medizinischen Einrichtung:

Bezeichnung: _____

Anschrift: _____

Telefon/Fax/e-mail: _____

1. Abgeschlossene Berufsausbildung (bitte Kopie des Abschluszeugnisses beilegen):

- Arzthelfer/in
- Diabetesberater/-in
- Podologe/-in
- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Altenpfleger/in
- medizinisch vergleichbare Ausbildung

Welche: _____

2. Liegt eine praktische Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in einem ärztlich geleitetem Team vor?

ja nein

Wenn ja, wo? _____

Bestätigung durch den Praxisinhaber/Leiter der Einrichtung:

Unterschrift

Stempel

Die Kosten des Weiterbildungskurses betragen 600,00 EUR.
Die Bezahlung erfolgt spätestens 4 Wochen nach Anmeldung bzw. spätestens 4 Wochen vor Kursbeginn auf das Konto des DZT e. V.

Für bereits gebuchte Plätze erheben wir bei Absage folgende Stornogebühren:

3 Wochen vor Beginn der Veranstaltung: 50 Prozent
2 Wochen vor Beginn der Veranstaltung: keine Rückerstattung

Ich melde mich/meine Mitarbeiterin zum Weiterbildungslehrgang Wundassistent/-in D DG im Diabeteszentrum Thüringen e.V. in der Zeit vom **20.11.19 – 22.11.19 (Block 1) und 27.11.19 – 29.11.19 (Block 2)**. verbindlich an. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Anlagen: