



Anmeldung zur Teilnahme am Weiterbildungslehrgang zur Wundassistent/-in DDG

Teilnehmer/in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum/Ort: _____

Privatanschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon/Fax: _____

Angaben zur delegierenden Arztpraxis, Klinik oder medizinischen Einrichtung:

Bezeichnung: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon/Fax: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung (bitte Kopie des Abschlusszeugnisses beilegen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetesberater/-in DDG | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| <input type="checkbox"/> Diabetesassistent/in DDG | <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte (MFA) |
| <input type="checkbox"/> Podologe/-in | <input type="checkbox"/> Altenpflegerin |
| <input type="checkbox"/> Operationstechnische Assistentin | |

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

- ja nein

Wenn ja, wo? _____

Bestätigung durch den Praxisinhaber/Leiter der Einrichtung:

Unterschrift

Stempel

Teilnahmegebühren:

Die Kosten des Weiterbildungskurses betragen **700,00 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 DDG im Diabeteszentrum Thüringen e.V. in der Zeit vom **07.10.2020 – 09.10.2020 (Block 1)** und **14.10.2020 – 16.10.2020 (Block 2)**. verbindlich an. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber