Klinikum rechts der Isar Technische Universität München

Klinikum rechts der Isar · MPD · 81675 München

Anmeldung/ Teilnehmervereinbarung
zur Weiterbildung
Basisseminar Wundexperte nach ICW^{R}

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Weiterbildungsveranstaltung an:

„Basisseminar Wundexperte nach ICW^{R}“

von: ***08.03.2021*** bis: ***03.08.2021*** (geplante Abgabe Hausarbeit)

von ***08:30*** Uhr bis ***15:45 Uhr***

Veranstaltungsort: ***MRI, Schulungsort Trogerstraße 11*** Preis (Euro): ***760,-€***

Meine Daten:

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsname:……

Adresse:.....

Geburtsdatum:.....Geburtsort:.....

Tel-Nr. (mit Vorwahl): .....

Email-Adresse: .....

Beruf: .....

Ich komme aus der Einrichtung: .....

.....

.....

Abweichende Rechnungsadresse: .....

.....

.....

Hinweise zur Anmeldung/ Teilnehmervereinbarung:

Hiermit bestätige ich, dass mir die formalen und inhaltlichen Grundlagen der ICW/TÜV Zertifizierung bezogen auf den Wundexperten ICW^{R} in Form von:

Curriculum

Prüfungsordnung

Positionspapier

und die Vorgaben zur Rezertifizierung bekannt sind.

(Dies bezieht sich auf die jeweils aktuelle, auf der Homepage der ICW unter www.icwunden.de veröffentlichten Versionen zum Zeitpunkt der Unterschrift).

Diese Anmeldung ist Bestandteil der Bewerbungsunterlagen für Ihren Qualifikationswunsch. Stellen Sie bitte sicher, dass Ihre vollständigen Unterlagen **bis spätestens 01.12.2020** von Ihnen abgegeben werden.

Teilnehmer unseres Klinikums leiten die Unterlagen an Ihre Pflegebereichsleitung weiter.

Teilnehmer außerhalb unseres Klinikums reichen die Unterlagen schriftlich oder per Email ein bei:

Klinikum rechts der Isar, Pflegedirektion / Fort – und Weiterbildung
Daniela Petzoldt/ Claudia Schatz
Betreff: Wundexperte
Ismaninger Str. 22
81675 München
fort-und-weiterbildung@mri.tum.de

Durch meine unterschriebene Anmeldung bestätige ich, dass ich diese Hinweise und Vertragskonditionen gelesen habe und diese anerkenne.

Mit der notwendigen Speicherung meiner persönlichen Daten zu Verwaltungszwecken erkläre ich mich einverstanden.

Ort / Datum: ……..

Unterschrift: .....