Akademie für Wundmanagement Anmeldung auch online möglich unter
an der DHBW Heidenheim **www.heidenheim.dhbw.de/akademie-fuer-wundmanagement**
Frau Anke Rißmann-Eckle E-Mail: awm@foerderverein.dhbw-heidenheim.de
Wilhelmstraße 10 Tel: 07321 / 2722-191
89518 Heidenheim

**Verbindliche Anmeldung - Seminare der Akademie für Wundmanagement (AWM®)**

## **Basisseminare 2024**  [ ]  **22.–27. April 2024**

## (750,00€) 🞎 **16.–21. September 2024**

## **Zusatzqualifikation 2024** [ ]  **02./03. März (Online) + 08. März 2024 (Präsenz)**

## (340,00€) (HKP I 23UE)

##  [ ]  **26./27. Oktober (online) + 22. November 2024 (Präsenz)** **(unter vorbehalt – nur bei bedarf!!!)**

## **16. FRESH UP SEminar 2024** [ ]  **18.–19. Oktober 2024**

## (195,00€)

## **Intensiv Seminare 2024** [ ]  **16./17. März 2024 (online)**

## Thema: „Psyche-Psychatrie - Wunde“

## (190,00€) [ ]  **23.–24. November 2024 (Online)**

##  Thema: „Lymphödem“

## **Zusatzqualifikation 2024** [ ]  20**./21.04.+ 04./05.05. + 13./14.07.2024 (online)**

## **zur Befähigung der Bereichtsleitung und** 26**.-28.09.2024 (Präsenz)**

## (1.350,00€)

##  **Alle Termine und Gebühren unter Vorbehalt!!!**

|  |  |
| --- | --- |
| Titel |  |
| Name, Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum und -ort(für DDA-Zertifikat\*) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf / Funktion | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Institution / Arbeitgeber | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift [ ]  beruflich [ ]  privat |
| Straße, Hausnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon (privat) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon (dienstlich) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Rechnungsanschrift** (falls abweichend)  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

### Erklärung

[ ]  Hiermit bestätige ich, die Zulassungsvoraussetzungen zu erfüllen (abgeschlossene Ausbildung in
einem Pflege- bzw. Gesundheitsberuf mit min. 2-jähriger Berufserfahrung)

[ ]  Ich überweise die entsprechende Teilnahmegebühr gleich nach Erhalt der Rechnung.
Bankverbindung: Kreissparkasse Heidenheim, IBAN: DE92 6325 0030 0000 8263 94, BIC: SOLADES1HDH

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort, Datum Unterschrift