

# Anmeldung Weiterbildung für IC Wundexperte

Hiermit melde ich mich

*Teilnehmerdaten*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

ab dem:

an.

\_\_\_\_\_  
Pflegeeinrichtung (Firmenstempel):

Weiterbildungskosten: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Rechnungsempfänger:

(falls nicht o. g. Einrichtung)

Mailadresse für Rechnungsversand:

Die Weiterbildungskosten sind innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungslegung auf nachfolgendes Konto zu überweisen:

**IBAN DE 82 1203 0000 1020 0664 68**  
**Deutsche Kreditbank Berlin**

**Stornierung der Teilnahme:**

Bitte beachten Sie hierfür unsere AGB, nachzulesen auf unserer Homepage.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

Hiermit bestätige ich, dass mir die formalen und Inhaltlichen Grundlagen der ICW/TÜV-Zertifizierung bezogen auf den Wundexperten ICW® in Form von: Curriculum, Hospitation und Hausarbeit, Prüfungsordnung, Positionspapier, Normatives Dokument für Fachpersonal Wunde und die Vorgaben zur Rezertifizierung bekannt sind. (Dies bezieht sich auf die jeweils Aktuelle, auf der Homepage der ICW unter [www.icwunden.de](http://www.icwunden.de) veröffentlichten Version zum Zeitpunkt der Unterschrift.)

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer



**Pflegeakademie Gerlach e. V. -gemeinnützig-**  
**Henrik-Ibsen-Straße 20**  
**18106 Rostock**

**Staatlich anerkannte Einrichtung für**  
**Weiterbildungen**  
**zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015**

Telefon: 0381-87706870

FAX: 0381-87706871

E-Mail: [post@pflegeakademie-gerlach.de](mailto:post@pflegeakademie-gerlach.de)

Homepage: [www.pflegeakademie-gerlach.de](http://www.pflegeakademie-gerlach.de)