



Schulungen für medizinisches Fachpersonal

Hygiene in der Arztpraxis 24. Juli, 2019 in Hösbach



Deutschland:

Zimeda GmbH & Co.KG
Dr.-Emil-Brichta-Str. 3
94036 Passau / Deutschland
Tel: +49-851-959730
Fax: +49-851-9597399
E-Mail: info@zimeda.eu
www.zimeda.eu

Österreich:

Zimeda GmbH & Co.KG
Dietzendorfer Straße 1
4092 Esternberg / Österreich
Tel: +43-7712-49946300
Fax: +43-7712-49946305
E-Mail: info@zimeda.eu
www.zimeda.eu

Prozess-Management
Praxis-Einrichtungen
Medizintechnische Geräte
Service für Medizin- und Reha-
Technik
GE Healthcare:
Competence Center für Kardiologie
LOGIQ SonoStore

Sanitätshaus
Home Care
Wund-Management
Hygiene-Management
Fachversand für Praxis, Klinik
und medizinische Reha

Unter "abmelden@zimeda.eu" können Sie sich vom
Newsletter abmelden. Informationen zum Datenschutz
finden Sie unter zimeda.eu/datenschutz

Schulungstermin für Hösbach

24.07.2019

Hygiene in der Arztpraxis

Themen:

1. Rechtliche Bestimmungen
2. Hygienegerechte Ausstattung der Arztpraxis
3. Reinigung von Flächen und Geräten
4. Desinfektionsverfahren
5. Händehygiene
6. Aufbereitung von Instrumenten, Medizinproduktegesetz

Ihr Ansprechpartner bei Zimeda:

Nicole Stolper
E-Mail: nicole.stolper@zimeda.eu
Telefon: 0851 - 95 97 332

Anmeldeschluss:

Für Termin 24.07.2019 ist Anmeldeschluss am 10.07.2019

Dozent:

Ulrich Elias

Mit freundlicher Unterstützung von:



Verbindliche Anmeldung zur Schulung:

„Hygiene in der Arztpraxis“

Termin:

Mittwoch, den 24.07.2019,
14 bis ca. 17 Uhr

Ort:

PP Marketing,
Benzstr. 2, 63768 Hösbach

Kosten:

59,- € pro Person. Preis beinhaltet Arbeitsmaterial sowie Getränke und eine kleine Stärkung.

Zahlung:

Bitte überweisen Sie den Betrag bis spätestens 2 Wochen vor Schulungstermin (siehe oben "Anmeldeschluss") unter Angabe des Praxisnamens und der Veranstaltung an unsere Bank:
IBAN: DE04 7409 0000 0000 0474 06
SWIFT: GENODEF1PA1

**Bitte senden Sie uns diese Anmeldung per Fax
+49 (0)851 - 95 97 398 ausgefüllt zurück!**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Ihre Kontaktdaten:

Anzahl teilnehmender Personen:

Tel:

Praxisname:

Fax:

Straße/Hausnr.:

E-Mail:

PLZ, Ort:

Datum / Unterschrift