



Schulungen für medizinisches Fachpersonal

Termin im Hause Zimeda, Passau
09. Oktober 2019

Wundmanagement Mölnlycke



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

Termin im Hause Zimeda, Passau

09. Oktober 2019

Wundmanagement Mölnlycke

Themen:

1. Wundversorgung vereinfachen
2. Leitfaden
3. effizientes Arbeiten
4. Budget schonen
5. Fehlervermeidung und Qualitätssteigerung
6. fester Ansprechpartner in der Wundversorgung

Ihr Ansprechpartner bei Zimeda:

Andreas Körner
E-Mail: andreas.koerner@zimeda.eu
Telefon: 0171 - 57 51 401

Anmeldeschluss:

Für Termin 09.10.2019 ist Anmeldeschluss 25.09.2019

Dozent:

Thomas Fürstberger, Fachausbilder Wundmanagement

Verbindliche Anmeldung zur Schulung:

„Wundmanagement“

Termin:

Mittwoch, den 09.10.2019, 14 bis ca. 17 Uhr

Ort:

Zimeda, Dr.-Emil-Brichta-Str. 3, 94036 Passau
Tel. +49 (0) 851-95 97 30, www.zimeda.eu

Kosten: 39,- € pro Person

Es können sich pro Praxis und Termin nur 2 Teilnehmer/innen anmelden. 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