

1. Prüfungsanmeldung

↳ Vom Teilnehmer/Antragsteller auszufüllen

Hiermit melde ich mich verbindlich zur folgenden Prüfung an:

Erstprüfung 1. Wiederholungs-Prüfung 2. Wiederholungs-Prüfung

für den Abschluss:

Wundexperte ICW® Ärztlicher Wundexperte ICW®
 Fachtherapeut Wunde ICW® Pflegetherapeut Wunde ICW®
 Wundexperte Medizinstudierende ICW®
 Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW® Zusatzqualifikation für spezialisierte Leistungserbringer

Prüfungsdatum: 24.01.2024
Prüfungsort: Borromäus Hospital zu Leer, Kirchstrasse 61-67, 26789 Leer (Ostfriesland)
Bildungsanbieter: Hippokrates Service GmbH c/o Noracare GmbH

Angaben zur Person

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers, ggf. Titel
Name, Vorname:
Geburtsdatum, Geburtsort:

Zulassungsvoraussetzungen

<input type="checkbox"/> Ich verfüge über folgenden Berufsabschluss bzw. abgeschlossenes Studium:
<input type="checkbox"/> Ich absolviere das Medizinstudium an der Universität: Matrikelnummer:

Erklärung des Antragstellers

<p>Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen.</p> <p>Ich habe den Inhalt der Prüfungsordnung zur Kenntnis genommen und erkenne diese per Unterschrift an.</p> <p>Die Kosten für die reguläre Prüfung und Zertifizierung wurden vom Bildungsanbieter mit der Seminargebühr erhoben.</p> <p>Ich erlaube der Personenzertifizierungsstelle PersCert TÜV, meine personenbezogenen Daten zur Durchführung und Aufrechterhaltung der Zertifizierung zu speichern und zu nutzen. Gleiches gilt für die Verifizierung der Zertifizierung gegenüber Dritten, die ein berechtigtes Interesse haben. PersCert TÜV ist berechtigt, mein personalisiertes Prüfungsergebnis dem jeweiligen Bildungsanbieter zu übermitteln.</p> <p>Leer, 23.04.2024</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Ort, Datum</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift</p>
--