



## Anmeldeformular

6. Chiemgauer Wundtag

22.11.2025

Ich nehme teil

(Teilnahmegebühr 40 €, KSOB-MitarbeiterInnen frei)

**Ich benötige die Registrierung bei ICW**

Nur für ICW-ausgebildete Therapeuten! Bitte unbedingt ankreuzen, da sonst keine Vergabe des Zertifikates möglich ist.

---

Name

---

Vorname

---

E-Mail

---

Telefon

---

**RECHNUNGSEMPFÄNGER:** Unternehmen

---

**RECHNUNGSANSCHRIFT:** Straße, Hausnummer

---

**RECHNUNGSANSCHRIFT:** PLZ, Ort

---

Datum

Bitte senden Sie uns Ihre Anmeldung bis spätestens 06.11.2025 per Mail an:  
[chiemgauer.wundtage@kliniken-sob.de](mailto:chiemgauer.wundtage@kliniken-sob.de)