

DATENBLATT



Name _____

KONTAKTDATEN

Privatadresse

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Dienstadresse

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Zustelladresse: ☐ Privat ☐ Dienst

AUSBILDUNG

Diplom _____

Datum, Ort

Weiterbildung lt. § 64 Kontinenz- & Stomaberatung

Kontinenz- & Stomaberatung ☐ Sonstiges _____

Datum, Ort

BERATUNG IN EIGENER INSTITUTION

Kontakt Daten Beratungsstelle Institution

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Kontakt Daten Beratungsstelle privat

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich möchte diese Daten unter www.kontinenz-stoma.at veröffentlichen: ☐ ja ☐ nein

Jährlicher Mitgliedsbeitrag 40,- €

Datum, Unterschrift

KONTINENZ-STOMA-BERATUNG ÖSTERREICH

c/o Karin Müller | Otto Lenzenhoferstraße 11-15/3/3 | 2322 Zwölfaxing | info@kontinenz-stoma.at | www.kontinenz-stoma.at

Bankverbindung: Sparkasse Scheibbs | IBAN: AT30 2025 7000 0004 1186 | BIC: SPSBAT 2