

aks-Schulungen für Techniker in Troisdorf

2. Halbjahr 2026

zur autorisierten Service-Fachkraft für aks-Produkte



Patientenlifter

Pflegebetten

Antidekubitussysteme

Patientenlifter/Pflegebetten

- Mittwoch, 17.06.2026 - WENIGE PLÄTZE!**
- Mittwoch, 16.09.2026
- Mittwoch, 11.11.2026
- Donnerstag, 12.11.2026
- Mittwoch, 02.12.2026

Wechseldrucksysteme

- Donnerstag, 18.06.2026
- Donnerstag, 17.09.2026
- Donnerstag, 03.12.2026

aks Aktuelle Krankenpflege
Systeme GmbH
Antwerpener Straße 6
D-53842 Troisdorf
T +49 2241 9474-0
F +49 2241 9474-88
aks@aks.de
www.aks.de

Tagesseminar: 09:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Die Techniker-Schulung enthält viele praktische Übungen und Detailinformationen u.a. über die Durchführung einer Wartung nach Wartungsplan und über Reparaturen.

| | |
|------------------------|---|
| Leistungsumfang | 1-tägiges Seminar, Seminarunterlagen, Zertifikat, Verpflegung |
| Teilnehmerzahl | min. 6 Personen, max. 12 Personen |
| Ort | aks GmbH, Antwerpener Straße 6, 53842 Troisdorf |
| Teilnahmegebühr | ohne Übernachtung 139,00 € pro Schulungstag/pro Person mit 1 Übernachtung 238,00 € pro Person mit 2 Übernachtungen 337,00 € pro Person |

Bitte kreuzen Sie einfach den gewünschten Termin an und nennen uns mit Ihrer Anmeldung per Fax oder E-Mail Ihre Teilnehmerzahl, Ihre Kundennummer sowie den/die Namen des/der Teilnehmer/s.

Die Anmeldung ist nach unserer Bestätigung verbindlich. Wir bitten Sie frühzeitig abzusagen, damit wir die freien Plätze neu vergeben können. Wir danken für Ihr Verständnis. Alle Preise zzgl. Mehrwertsteuer.

HRB 4197, AG Siegburg
USt-IdNr. DE122650784
Geschäftsführer: Murat Alioglu

Ich/wir möchten

am Vortag

nach dem Schulungstermin

am Vortag und zwischen den beiden Schulungsterminen

- übernachten**
- übernachten**
- übernachten**
- nicht übernachten**

Teilnehmer (Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau/Herr _____

Frau/Herr _____

Frau/Herr _____

Kontakt/Ansprechpartner

Telefonnummer

E-Mail

E-Mail an aks@aks.de oder

Faxantwort an: +49 2241 9474-88

Ihre aks-Kunden-Nr. _____

Firmenstempel:

Ort/Datum und Unterschrift