



**Anforderungen / Bemerkungen**

**geeignet für**

**Praktikumsdauer**

nach Absprache

**Zeitraum**

nach Absprache

**Standort(e)**

Esmarchstraße 50, 25746 Heide

**Firma / Institution**

WKK Heide- Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen

**Adresse**

Esmarchstraße 50, 25746 Heide

**Betriebsgröße**

über 100 Personen

**Fax**

0481 785 2909

**E-Mail**

aborgfeld@wkk-hei.de

**Website**

<https://www.westkuestenkllinikum.de/>

**Bewerbung**

**per Post**

WKK Heide- Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen  
Frau Alexa Borgfeld  
Esmarchstraße 50  
25746 Heide

**per E-Mail**

Frau Alexa Borgfeld  
aborgfeld@wkk-hei.de

**telefonisch**

Frau Alexa Borgfeld  
0481 785 2944

**online**

**persönlich**

WKK Heide- Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen  
Frau Alexa Borgfeld  
Esmarchstraße 50  
25746 Heide