

ANMELDUNG

Teilnahme ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Therapeuten

Vor- und Nachname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail (unbedingt angeben): _____

Geburtsdatum: _____

Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

Einrichtung (Anschrift): _____

in der Geriatrie tätig seit: _____

Rechnungsadresse: _____

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung folgende Nachweise bei:

1. Nachweis der Erlaubnis zum Führen der staatl. anerkannten Berufsbezeichnung **Physiotherapeut/Krankengymnast, Ergotherapeut, Logopäde, Sprachtherapeut oder Atem-, Sprech- und Stimmlehrer (Schule Schlaffhorts-Andersen)**
2. Nachweis über Berufserfahrung im Umgang mit geriatrischen Patienten von mind. 6 Monaten
3. Kopie Zertifikat bzw. Nachweis der verbindlichen Anmeldung zum ZERCUR GERIATRIE - Basislehrgang

Hinweis:

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich zur Sicherstellung der Teilnehmerverwaltung elektronisch auf unserem externen Server gespeichert. Die Daten werden für die Erstellung und das Versenden von Anmeldebestätigungen, Rechnungen, Bescheinigungen und Zertifikaten, Unterlagen zur Prüfungsteilnahme sowie zur Kontaktaufnahme bei Nachfragen im Rahmen der Teilnahme an der FWB Therapeuten genutzt. Die Prüfung und Speicherung von übermittelten Teilnahmebescheinigungen dient zur Prüfung der Kursanerkennung sowie zur Ermittlung und Mitteilung des Punktestandes. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs.1 lit. a DSGVO. Der BV Geriatrie versichert die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Zur weiteren Information verweisen wir auf unsere Datenschutzbestimmungen unter www.bv-geriatrie.de.

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Verwendung meiner persönlichen Daten einverstanden. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Anmeldung ist erst mit Eingang der Teilnehmergebühren über 350,00 € zzgl. MwSt. gültig. Die erforderlichen Angaben erhalten Sie nach Eingang Ihrer Anmeldung.