Bundesverband Geriatrie
Geschäftsstelle ZERCUR
Reinickendorfer Str. 61 // 13347 Berlin
Fon: 030. 3398876-13/-12 Fax: 030. 339 88 76-20
E-Mail: zercur@bv-geriatrie.de

ZERCUR GERIATRIE
ZERTIFIZIERTES CURRICULUM GERIATRIE
Fachweiterbildung Therapeuten

ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Therapeuten
ANMELDUNG zur Prüfung

Prüfungstermin: _____

Vor- und Nachname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail (unbedingt angeben): _____

Einrichtung: _____

_____

_____

Rechnungsadresse: _____

_____

_____

Mail für Rechnungsversand: _____

Unbedingt ausfüllen! Ab 2027 wird die Rechnung nur noch per Mail versendet!

Diese Anmeldung ist verbindlich. Die Teilnahme an der Prüfung ist erst nach Eingang der Prüfungsgebühr i.H.v. EUR 280,00 zzgl. 19% MwSt. möglich. Eine unbegründete Nicht-Teilnahme an der Prüfung gilt als nicht bestanden. Bei Anmeldung muss der erforderliche Stundenumfang von mind. 384 Stunden absolviert worden sein, bzw. muss für ggf. noch ausstehende Module eine Anmeldebestätigung des Kursanbieters eingereicht werden.

Die Prüfung erfolgt auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Fachweiterbildung gültigen Prüfungsordnung.

Hinweis
Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich zur Sicherstellung der TN-Verwaltung elektronisch auf unserem externen Server für 10 Jahre 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 genutzt. Ohne die erhobenen Daten ist die Sicherstellung der TN-Verwaltung und die Ausstellung des Zertifikates nicht möglich. Rechtsgrundlagen sind Art. 6 Abs. 1 lit a, Art. 6 Abs. 1 lit b und Art. 6 Abs. 1 lit f DS-GVO. Der BV Geriatrie versichert die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Zur weiteren Information verweisen wir auf unsere Datenschutzbestimmungen unter bv-geriatrie.de/datenschutz.html.

☐ **Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Verwendung meiner persönlichen Daten einverstanden. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden**.

☐ **Ich bin damit einverstanden, dass mein Name mit Bestehen der Abschlussprüfung auf der Website des Bundesverbandes Geriatrie veröffentlicht wird. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.**

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift