

## **ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Therapeuten ANMELDUNG zur Prüfung**

Prüfungstermin:

---

Vor- und Nachname:

---

Straße, Haus-Nr.:

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail (unbedingt angeben):

---

Einrichtung:

---

---

---

Rechnungsadresse:

---

---

---

---

Diese Anmeldung ist verbindlich. Die Teilnahme an der Prüfung ist erst nach Eingang der Prüfungsgebühr i.H.v. EUR 250,00 zzgl. 19% MwSt möglich. Eine unbegründete Nicht-Teilnahme an der Prüfung gilt als nicht bestanden. Bei Anmeldung muss der erforderliche Stundenumfang von mind. 504 Stunden absolviert worden sein, bzw. muss für ggf. noch ausstehende Module eine Anmeldebestätigung des Kursanbieters eingereicht werden.

### 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. 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](http://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