

Anmeldung ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Pflege

Bitte benutzen Sie für Ihre Anmeldung ausschließlich dieses Formular und senden es an die Geschäftsstelle ZERCUR des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

per Fax an **+49 (0)30 – 339 88 76 20** oder
per E-Mail an zercur@bv-geriatrie.de
oder online <https://zercur.bv-geriatrie.de/#!/register?track=pflege> (Teilnehmerkonto)

Hiermit melde ich mich zur Teilnahme an der Fachweiterbildung Pflege an. **(bitte in Druckschrift ausfüllen)**

Anrede ☐ Herr ☐ Frau
Name, Vorname _____
Berufsbezeichnung _____
In der Geriatrie
tätig seit _____
Straße/Haus-Nr. _____
PLZ/Ort _____
Geb.-Datum _____
Bundesland _____
E-Mail _____
Telefon _____

Arbeitgeber/Einrichtung:

Name _____
Adresszusatz _____
Straße/Haus-Nr. _____
PLZ/Ort _____

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung. Parallel dazu wird die Rechnung über die 375,00 EUR/netto Teilnahmegebühr versendet.

Die Rechnung bitte

☐ an mich privat (Anschrift s.o.) oder
☐ an meinen Arbeitgeber (Anschrift s.o.) ☐ Bitte die Rechnung per Mail an den Arbeitgeber
Mailadresse: _____

Sollte die Rechnungsadresse abweichen, geben diese bitte hier an:

Rechnungsempfänger _____
Adresszusatz _____
Straße/Haus-Nr. _____
PLZ/Ort _____

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung folgende Nachweise bei:

1. Nachweis der Erlaubnis zum Führen der staatl. anerkannten Berufsbezeichnung
Pflegefachmann/Pflegefachfrau, Krankenschwester oder Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in,
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in
2. Der Nachweis über mind. 6 Monate Berufspraxis in der Geriatrie (bei Mitarbeitern aus den Bereichen Innere
Medizin/Neurologie mind. 12 Monate)

Hinweis:

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich zur Sicherstellung der Teilnehmergeverwaltung 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 Pflege genutzt. Ohne die erhobenen Daten ist die Sicherstellung der Teilnehmergeverwaltung und die Ausstellung des Zertifikates nicht möglich. Die Prüfung und Speicherung von übermittelten Teilnahmebescheinigungen dient zur Prüfung der Kursanerkennung sowie zur Ermittlung und Mitteilung des Punktestandes. Rechtsgrundlagen sind Art. 6 Abs. 1 lit a, Art. 6 Abs. 1 lit b und darüber hinaus 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 melde mich nur „formal“ zur Fachweiterbildung Pflege an, um die Bescheinigung über „180h geriatrispezifische Weiterbildung“ gemäß OPS 8-550/8-98a zu erlangen. Nach Ausstellung der Bescheinigung können meine Unterlagen archiviert werden.
(Hinweis: Die Anmeldegebühr zur Fachweiterbildung ist dennoch zu entrichten.)

Datum

Unterschrift