



## ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Pflege ANMELDUNG zur Prüfung

Prüfungstermin:

---

Vor- und Nachname:

---

Straße, Haus-Nr.:

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail (unbedingt angeben):

---

Einrichtung:

---

---

---

Rechnungsadresse:

---

---

---

---

Die Zulassung zur Prüfung gilt erst nach Eingang der Prüfungsgebühr i.H.v. EUR 250,00 zzgl. 19% MwSt. als verbindlich

### 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 Pflege 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