

## ANMELDUNG Teilnahme ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Pflege

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 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)
3. Kopie Zertifikat bzw. Nachweis der verbindlichen Anmeldung 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 Pflege 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](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

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