

---

## Anmeldung ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Therapeuten

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](mailto:zercur@bv-geriatrie.de)  
oder online <https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/fachweiterbildung-therapeuten.html>  
(Teilnehmerkonto)

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

Anrede  Herr  Frau  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_  
In der Geriatrie  
tätig seit \_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Bundesland \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
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  
Physiotherapeut/in/Krankengymnast/in, Ergotherapeut/in, Logopäde/in, Sprachtherapeut/in oder Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in (Schule Schlaffhorst-Andersen)
2. Nachweis über Berufserfahrung im Umgang mit geriatrischen Patient/innen von mind. 6 Monaten
3. Kopie Zertifikat bzw. Nachweis der verbindlichen Anmeldung zum ZERCUR GERIATRIE® Basislehrgang

Hinweis:

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich zur Sicherstellung der Teilnehmerverwaltung 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 Therapeuten genutzt. Ohne die erhobenen Daten ist die Sicherstellung der Teilnehmerverwaltung 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](http://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.

---

Datum

Unterschrift