Anmeldeformular

Akademie im Gesundheitswesen

„Ergänzungslehrgang FMA 500 Stunden“

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für den Ergänzungslehrgang an:

Teilnehmer

(Bei handschriftlicher Ausstellung, bitte leserlich in Druckbuchstaben)

Name, Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Familienstand
Staatsangehörigkeit	
Beruf	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
E-Mail	

Einrichtung

Einrichtung, Firma
Abteilung
Ansprechpartner
Straße / Haus-Nr.
PLZ / Ort
Telefon / Fax
E-Mail

Bewerbungsunterlagen:

- ☐ formloses Bewerbungsschreiben
- ☐ tabellarischer Lebenslauf mit Lichtbild
- ☐ Zeugnis der abgeschlossenen Berufsausbildung (beglaubigte Kopie)
- ☐ Urkunde der abgeschlossenen Berufsausbildung (beglaubigte Kopie)
- ☐ Bestätigung des Arbeitsverhältnisses in einer AEMP durch den Arbeitgeber
- ☐ Zertifikat Fachkunde I DGSV® e.V.
- ☐ Zertifikat Fachkunde II DGSV® e.V.

Alle Unterlagen sind vollständig und gut leserlich sowie in beglaubigter Kopie vor Beginn einzureichen.

Eine Teilnahme kann nur erfolgen, wenn zwischen dem arbeitgebenden / dienstgebenden Krankenhaus und der Akademie im Gesundheitswesen ein Kooperationsvertrag über den Lehrgangsszeitraum abgeschlossen wird. Der Kooperationsvertrag wird nach Eingang der vollständigen Bewerbungsunterlagen zugesandt.

Schriftliche Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO

Die in meiner Anmeldung und in allen weiteren Formularen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geburtsort etc., die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen erhoben. Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten werden nur zweckgebunden für dieses Seminar erhoben und nur für diesen Zweck verarbeitet und genutzt. Ich habe jederzeit das Recht, unentgeltlich Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck meiner gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Ich habe außerdem das Recht, die Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten zu verlangen. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema Datenschutz kann ich mich jederzeit an die Akademie im Gesundheitswesen wenden. Ich kann darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Tarifen. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten zweckgebunden für die o.g. Fortbildung verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum, Unterschrift (ggf. Stempel) _____

Mit Anmeldung akzeptiere ich die gültigen AGB´s der Akademie im Gesundheitswesen.

Bitte senden Sie dieses Formular an **akademie@wandura-mc.de** oder per Fax an **05641-74 74 979**. Vielen Dank!