

Verbindliche Anmeldung - Fachbereich Rettungsdienst - 2022

Die Anmeldung muss spätestens 4 Wochen vor Beginn im mediCampus vorliegen.
Gewünschte Fort- / Weiterbildung bitte ankreuzen: Mindestteilnehmerzahl: 10 Pers.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung OrgL RD | <input type="checkbox"/> Fortbildung OrgL RD |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung „Praxisanleiter/in“ | <input type="checkbox"/> Fortbildung für PA M1-M4 / PA RD |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Hygienebeauftragter im RD | <input type="checkbox"/> Fortbildung Hygienebeauftragter im RD |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung AM-Beauftragter im RD | <input type="checkbox"/> Fortbildung AM-Beauftragter im RD |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung MedProd-Beauftragter im RD | <input type="checkbox"/> Fortbildung MedProd-Beauftragter im RD |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Beauftragter für MedProdSi- im RD | <input type="checkbox"/> Fortbildung Beauftragter für MedProdSi im RD |

Fortbildung für Personal im Rettungsdienst: (10 Std.) – Standort Chemnitz

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Modul FB Aufbaustufe „Kind“ M1 | <input type="checkbox"/> Modul Grundstufe „Sim RD“ |
| <input type="checkbox"/> Modul FB Aufbaustufe „Kind“ M2 | |

Fortbildung für Personal im Rettungsdienst: (20Std.) – Standort Zwickau

- Modul „SOP“ nach Vorgabe ÄLRD RettZV SWS

Modul und Termin lt. Fortbildungsplan: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort _____

Anschrift: _____

Telefon / E-Mail: _____
(bitte unbedingt eine E-Mailadresse angeben)

Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	} zutreffendes bitte ankreuzen
Zahlungsweise:	<input type="checkbox"/> Rechnung	<input type="checkbox"/> Barzahlung	

Schulungsort:	mediCampus Gesundheitsfachberufe F + U Sachsen gGmbH Berufsfachschule für Notfallsanitäter Rochlitzer Straße 29, 09111 Chemnitz	Bénédict School Zwickau Alte Reichenbacher Straße 2 08056 Zwickau
---------------	--	---

Ort, Datum _____ Unterschrift Teilnehmer _____

Bestätigung Arbeitgeber (bei Kostenübernahme): _____

Ort, Datum _____ Stempel _____ Unterschrift _____

Datenschutzhinweis: Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter <https://www.fuu-sachsen.de/datenschutz>
Mit Ihrer Anmeldung akzeptieren Sie unsere AGB's / Teilnahme- und Zahlungsbedingungen für Fort- / Weiterbildungen.