



Identnummer:

(wird von der RbP GmbH vergeben falls noch nicht vorhanden)

Anmeldung als Fort- und Weiterbildungsanbieter für beruflich Pflegende in medizinischen und/oder pflegerischen Bereichen

Firma (mit Angabe der Rechtsform)
Straße
PLZ/Ort
Ansprechpartner
Telefon
Fax
E-Mail

Hiermit melde ich den oben genannten Fort- und Weiterbildungsanbieter bei der RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH

für das Kalenderjahr 2015

zur Ausweisung der Fortbildungspunkte im Rahmen der „Registrierung beruflich Pflegender“ an.

Für die Freigabe sowie Ausweisung der Fortbildungspunkte und die Nutzung des Logos der RbP GmbH fällt eine Gebühr von

Euro 100,00 zzgl. MwSt. pro Kalenderjahr (jeweils vom 01.01 bis 31.12)

an. Die Nutzungsgebühr für das angegebene Kalenderjahr wird mit Einreichung des Antrages in Rechnung* gestellt.



Identnummer:

(wird von der RbP GmbH vergeben falls noch nicht vorhanden)

Mit der Nutzungsgebühr von 100,00 € zzgl. MwSt. erwirbt der Anbieter die Erlaubnis das RbP-Logo zu benutzen und erhält von der RbP-Geschäftsstelle die Fortbildungspunkte für alle eingereichten medizinisch und/oder pflegerisch relevanten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.

Erklärung zum Datenschutz:

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die von mir angegebenen Daten, deren Änderungen und Ergänzungen im Rahmen der Zweckbestimmungen zur Erfassung als Fort- und Weiterbildungsanbieter elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Die RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH sichert zu, dass sie die datenschutzrechtlichen Bestimmungen insbesondere die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung beachtet.

Die Anmeldung als Fort- und Weiterbildungsanbieter erfolgt freiwillig und dient ausschließlich dazu, die entsprechenden Fortbildungspunkte im Rahmen der „Registrierung beruflich Pflegender“ für alle eingereichten medizinisch und/oder pflegerisch relevanten Veranstaltungen freizugeben.

Eine Verlängerung der Logonutzung sowie Ausweisung der Fortbildungspunkte zum neuen Kalenderjahr erfolgt nur auf mein erneutes Einverständnis.

***abweichende Rechnungsadresse bitte hier angeben**

Firma (mit Angabe der Rechtsform)
Straße
PLZ/Ort
Ansprechpartner

Die oben genannten Regelungen zur Ausweisung der Fortbildungspunkte und Nutzung des Logos der RbP GmbH erkenne ich an.
Ich versichere alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift