

Bitte Passbild beilegen



**RbP – Registrierung beruflich Pfleger GmbH**  
Salzufer 6 – 10587 Berlin  
Fon 030 / 39 06 38 83  
Fax 030 / 39 48 01 13  
info@registrierung-beruflich-pfleger.de

## Antrag zur Registrierung beruflich Pfleger – Seite 1

### Angaben zur Person

Name:	Geburtsort:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Vorname:	
PLZ:	
Wohnort:	
Straße, Nr.:	
Email*:	
Telefon*:	Fax*:

### Ausbildung

Ausbildung in der	Berufsbezeichnung:
<input type="checkbox"/> Altenpflege	
<input type="checkbox"/> Kinderkrankenpflege	Berufsbezeichnung:
<input type="checkbox"/> Krankenpflege	Berufsbezeichnung:
Weiterbildung*:	Anzahl der Stunden*:
	Anzahl der Stunden*:

### Studium

Fach:	Studienabschluss als:
Zusatzausbildung*:	

Mit \* gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Bitte den Antrag gut lesbar, möglichst in Druckbuchstaben, ausfüllen.

Weiter mit Seite 2

## Antrag zur Registrierung beruflich Pfleger – Seite 2

### Hiermit beantrage ich die Registrierung beruflich Pfleger.

Hiermit beantrage ich die Registrierung beruflich Pfleger.  
Die damit verbundenen Regelungen (siehe Informationsbroschüre) erkenne ich an.  
Ich versichere alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

#### Erklärung zum Datenschutz:

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

Mir ist bewusst, dass meine Registrierung freiwillig erfolgt und diese ausschließlich dazu dient, dass ich von der Registrierung beruflich Pfleger GmbH vergebene Fortbildungspunkte sammeln kann. Mir ist bewusst, dass keine gesetzliche Verpflichtung zur Registrierung besteht. Ich kann jederzeit meine Registrierung beenden und die Löschung meiner Daten verlangen. Die Erklärung zum Datenschutz habe ich gelesen.

---

Ort, Datum

Unterschrift

#### Die Erstregistrierungsgebühr

In Höhe von **15,00€** bitte ich **einmalig** von meinem Konto einzuziehen.

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift