

Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben und leserlich tätigen bzw. den Antrag elektronisch ausfüllen!

Angaben zum/zur Antragsteller:in (Bitte beachten Sie, dass alle Angaben Pflichtangaben sind. Bitte nur private Kontaktdaten angeben.)			
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Titel (falls vorhanden)	
Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Nationalität	
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl		Wohnort	
Telefon		Land	
E-Mail			
Rechnungsausstellung	<input type="checkbox"/> Privatanschrift (wie oben angegeben) <input type="checkbox"/> Abweichende Rechnungsanschrift (bitte in der nächsten Zeile ausfüllen)		
Abweichende Rechnungsanschrift bei Kostenübernahme, z. B. durch Firma			
Prüfungs- und Zertifizierungsbereich			
Zur Teilnahme an einer Prüfung und Zertifizierung beachten Sie bitte die Erläuterungen gemäß der produktspezifischen Prüfungs- und Zertifizierungsordnung (PZO) für NiSV-Personal (D-03S-51).			

Fachkundemodul Grundlagen der Haut und deren Anhangsgebilde (GLH)

Fachkundemodul Optische Strahlung (OS)

Fachkundemodul Ultraschall (US)

Fachkundemodul EMF Kosmetik (EMK)

Fachkundemodul EMF Stimulation (EMS)

Angaben zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen für das Modul GLH

Besuch einer Schulung zum Modul GLH bei einem anerkannten Bildungsdienstleister.

Angaben zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen für die Module OS, EMK, EMS, US

EMK / OS / US: Erfolgreich absolvierte Prüfung / Zertifizierung des Moduls GLH oder entspr. Qualifikationen / berufl. Praxis im Kosmetikgewerbe gemäß Anlage 3 NiSV Teil A Punkt 3.

EMS: Lizenz als Übungsleiter:in oder C-Trainer:in über mind. 120 LE oder vergleichbare Ausbildung.

Alle: Besuch einer Schulung zu den oben angekreuzten Modulen bei einem anerkannten Bildungsdienstleister.

Entsprechende **Nachweise / Zertifikate** zu den Zulassungsvoraussetzungen bitte **beifügen!**

Einwilligung zur Nutzung eines kostenpflichtigen DEKRA-Siegels.

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) (D-030-18), die Allgemeinen Zertifizierungsbedingungen (AZB) (D-030-19), die produktspezifische PZO für NiSV-Personal (D-03S-51) der DEKRA Certification GmbH, **deren Inhalt ich zur Kenntnis genommen habe und mit meiner Unterschrift anerkenne.** Ich **melde** mich mit meiner Unterschrift **verbindlich** zu der oben genannten Prüfung an.

Für die Prüfung, Zertifizierung und evtl. Nutzung des DEKRA-Siegels sind **Entgelte** gemäß der jeweils aktuellen Preisfestsetzung der PZO zu entrichten. Bei einem begonnenen Prüfungsverfahren ist die Prüfungsgebühr vollständig zu entrichten.

Ich versichere, dass alle geforderten und in diesem Antrag gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. **Ich verpflichte mich**, keine vertraulichen Prüfungsmaterialien weiterzugeben bzw. nicht an Betrugsversuchen teilzunehmen.

Ich informiere die DEKRA Certification GmbH umgehend über jede Änderung der oben gemachten Angaben.

Die beiliegende **Datenschutzinformation** (D-250-03) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum	Unterschrift Antragsteller:in