

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

Angaben zum Antragsteller (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 Fachkraft betriebliches Gesundheitsmanagement (D-03S-24).)			

Fachkraft betriebliches Gesundheitsmanagement

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) (D-030-18), die Allgemeinen Zertifizierungsbedingungen (AZB) (D-030-19), die produktspezifische Prüfungs- und Zertifizierungsordnung (PZO) für Fachkraft betriebliches Gesundheitsmanagement (D-03S-24) 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 und Zertifizierung sind **Entgelte** zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer gemäß der jeweils aktuellen Preisfestsetzung der produktspezifischen Prüfungs- und Zertifizierungsordnung (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 weiter zu geben 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 des Antragstellers