Name, Vorname/ Geburtsname*:	
Straße*:	
PLZ, Wohnort*:	
Geburtsdatum/ -ort*:	
Telefon privat → Mobil bevorzugt*:	
E-Mail-Adresse privat*:	
Name und Rechnungsanschrift des Arbeitgebers* (nur bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber bei externen Teilnehmer*innen)	
Name und Rechnungsanschrift bei Selbstzahlung	

Berufspädagogische Fortbildung für Praxisanleitende aus allen Gesundheitsfachberufen (jeweils 8 Stunden)

- ☐ Modul 1 Datum*:
- ☐ Modul 2 Datum*:
- ☐ Modul 3 Datum*:
- ☐ Modul 4 Datum*:
- ☐ Modul 5 Datum*:
- ☐ Modul 6 Datum*:
- ☐ Modul 7 Datum*:

Fortbildungen

- ☐ Umgang mit Menschen mit Demenz & Delir im Krankenhaus (2-tägig) Datum*:
- ☐ Portschulung/ Handlungsempfehlung parenterale Ernährung (4 Stunden) Datum*:

Strahlenschutzkurse

- ☐ SSK 4 (Auffrischung - 4 Stunden) Datum*:
- ☐ SSK 20 (Grundlagen - 20 Stunden) Datum*:

Anmeldung zu Fach- /Weiterbildungen

Beginn der Fach-/ Weiterbildung*: _____

- ☐ 1 Fachweiterbildung für Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie
- ☐ 1 Fachweiterbildung für pädiatrische Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie
- ☐ 1 Fachweiterbildung für den Operationsdienst
- ☐ 1 Fachweiterbildung Psychische Gesundheit
- ☐ Fachweiterbildung Notfallpflege (DKG)
- ☐ Fachweiterbildung Pflege in der Onkologie (DKG)
- ☐ Palliative Care
- ☐ eiterbildung Praxisanleitung (DKG)
- ☐ Pflegeexpert*in Demenz & Delir
- ☐ Pflegeexpert*in in der Neurologie
- ☐ Spezielle Schmerzpflege

Berufsbezeichnung als*: _____

Erforderliche Anlage*: ☐ Berufsurkunde **Mitgliedsnummer Pflegekammer*1**: _____

Aktueller Arbeitsbereich*: _____ seit: x cs<ax Monaten

Beschäftigung in Vollzeit*: ☐ Ja **Beschäftigung in Teilzeit mit** _____ %

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben und erkenne die umseitigen Teilnahmebedingungen an.
Die Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Artikel 13 der EU-DSGVO habe ich erhalten (Download auf der Homepage).

_____
Unterschrift*

Vermerk der Führungskraft (z.B. Pflegedienstleitung/ Bereichsleitung/ Leitung)*

Die Anmeldung (mit Kostenübernahme) wird **befürwortet**.

Name/ Unterschrift der Führungskraft:

*** = Pflichtangaben, ohne die ihre Anmeldung nicht zeitnah bearbeitet werden kann!**

Ihre Anmeldung senden Sie vollständig ausgefüllt an: bipg@ukmuenster.de

[1] **Angabe Mitgliedsnummer der Pflegekammer notwendig**

Teilnahmebedingungen

1. Mit der Lehrgangsanmeldung erkennt der/die Teilnehmer*in diese Teilnahmebedingungen an. Die Anmeldung ist für den/die Teilnehmer*in verbindlich. Der Vertrag kommt mit Zugang der Anmeldebestätigung durch die Weiterbildungseinrichtung zustande.

2. Die Rechnungsstellung erfolgt bei externen Teilnehmer*innen bei Kostenübernahme des Arbeitgebers an den Arbeitgeber. Andernfalls erfolgt die Rechnungsstellung an die/ den Teilnehmenden. Die Gebühren müssen nach Rechnungsstellung innerhalb von 30 Tagen überwiesen werden.

3. Schriftliche **Stornierungen** der Teilnahme sind bis 30 Tage vor Kursbeginn kostenfrei möglich. Maßgebender Zeitpunkt für die Stornierung ist der Zeitpunkt des Eingangs der Erklärung bei der Weiterbildungseinrichtung. Bei einem späteren Rücktritt bzw. Nichtteilnahme fällt 100% der jeweiligen Kursgebühr als Kostenpauschale an. Die Kursgebühr entfällt, wenn ein/e Ersatzteilnehmer/in benannt wird oder nachgewiesen werden kann, dass der Schaden auchsonst nicht entstanden oder geringer als die Pauschale ist.

4. Die Weiterbildungseinrichtung hat das Recht, Lehrgänge aus von ihr nicht zu vertretenden Gründen zu verschieben oder abzusagen (z.B. mangelnde Teilnehmerzahl, kurzfristige Nichtverfügbarkeit des Referenten/der Referentin ohne Möglichkeit eines Ersatzes, höhere Gewalt). Der/die Teilnehmer*in wird hierüber unter den in seiner/ihrer Anmeldung genannten Kontaktdaten benachrichtigt.

5. Im Falle der **Absage** wird eine bereits gezahlte Kursgebühr zurückerstattet. Anderweitige Ansprüche seitens des/der Teilnehmer*in sind ausgeschlossen. Die Weiterbildungseinrichtung behält sich vor, Referenten zu wechseln oder den Veranstaltungsablauf zu ändern. Der/die Teilnehmer*in kann daraus keine Ansprüche, z.B. auf Rücktritt vom Vertrag oder Minderung der Kursgebühr, ableiten.

6. Die Weiterbildungseinrichtung ist berechtigt, Teilnehmer*innen in besonderen Fällen, z.B. Zahlungsverzug, Störungen des Lehrgangs oder ein Nichterreichen des Weiterbildungsziels durch Fehlzeiten (siehe Ziffer 6.), von der weiteren Teilnahme auszuschließen. Im Fall eines Ausschlusses richtet sich der finanzielle Anspruch der Weiterbildungseinrichtung nach Ziffer 2 dieser Bedingungen.

7. **Fehlzeiten** in der theoretischen und/ oder praktischen Weiterbildung dürfen die für die jeweilige Weiterbildungsmaßnahme gesetzlich oder von der DKG vorgegebenen Obergrenzen (vgl. WBVO-Pflege-NRW/DKG-Empfehlung) für Fehlzeiten nicht überschritten werden. Die Weiterbildungszeit kann sich durch Fehlzeiten verlängern. Ein Weiterbildungsabschluss ist nicht möglich, wenn die Mindestgesamtstundenzahl nicht erreicht worden ist. Ein Weiterbildungszertifikat oder Zeugnis wird nur bei Einhaltung der Mindestgesamtstundenzahl und bei erfolgreich abgeschlossener Prüfung ausgestellt. Soweit kein Weiterbildungszertifikat oder Zeugnis ausgestellt werden kann, erhält der /die Teilnehmer*in eine Teilnahmebescheinigung (Zielsetzung, Inhalt und Dauer).

8. Die Weiterbildungseinrichtung hat jederzeit das Recht, weitere Maßnahmen anzuordnen, die für die Sicherheit des Unterrichts, für den ordnungsgemäßen Betriebsablauf sowie die Darstellung der Einrichtung nach außen erforderlich sind. So sind insbesondere Veröffentlichungen von urheberrechtlich geschütztem Material, z. B. Hausarbeiten, Praxisberichten und sonstigen Arbeiten, nur mit vorheriger Zustimmung der jeweiligen Weiterbildungseinrichtung zulässig; als Veröffentlichung gilt insbesondere die Darstellung im Internet oder auf Social Media.

Die von dem/der Teilnehmer/*in bei der Anmeldung angegebenen Daten werden ausschließlich zum Zwecke der Veranstaltungsabwicklung, bei kostenpflichtigen Veranstaltungen darüber hinaus zum Zwecke der Rechnungslegung gespeichert und verarbeitet. Sofern der/die Teilnehmer*in bei der Anmeldung oder bei der Veranstaltung in weitere Datenverarbeitungen einwilligt, werden die Daten für die jeweils angegebenen Zwecke gespeichert und verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

9. Widerrufsbelehrung

Verbraucher im Sinne des § 13 BGB haben ergänzend zu den Kündigungsregelungen ein Widerrufsrecht. Verbraucher ist jede natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu Zwecken abschließt, die überwiegend weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbstständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden können.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie das UKM, Bildungsinstitut für Pflege und Gesundheit (BiPG), Schmeddingstr. 56, 48149 Münster, E-Mail: bipg@ukmuenster.de) mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf des Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Muster-Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück).

Bildungsinstitut für Pflege und Gesundheit (BiPG)

Schmeddingstr. 56

48149 Münster

bipg@ukmuenster.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über die Teilnahme an folgender Veranstaltung: ___

*Name und Anschrift des/der Teilnehmer*in*

E-Mail-Adresse der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum

_____

(*) Unzutreffendes streichen.