



**RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH**

Alt Moabit 91, 10559 Berlin  
Fon 030 / 39 06 38 83  
Fax 030 / 39 48 01 13  
E-Mail: info@regbp.de

Foto beifügen,  
falls noch nicht  
eingereicht.

### Antrag auf erneute Registrierung beruflich Pflegender

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Anschrift</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Telefonnummer/ Handynummer</b>	
<b>Registrierungsnummer</b>	

<b>Aktueller Arbeitsplatz/-bereich:</b>			
Arbeits-/Einsatzbereich z. B. Anästhesie, Chirurgie, Innere, Psychiatrie, ...	seit	Art des Arbeitsplatzes z. B. Krankenhaus, stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung, Schule, ...	Funktion/Stelle

Der / Die Unterzeichnende beantragt hiermit rechtsverbindlich bei der RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH, Alt Moabit 91, 10559 Berlin **Die erneute „Registrierung beruflich Pflegender“**

Der / Die Unterzeichnende bestätigt, dass er / sie die Angaben zu den Fortbildungsveranstaltungen ordnungs- und wahrheitsgemäß gemacht und zur Prüfung bei der Registrierungsstelle eingereicht hat.

**Datenschutz:** Ich erkläre mich gemäß § 4a Abs. 1 und 3 BDSG einverstanden, dass meine Beschäftigungs- und Mitgliedsverhältnisse betreffenden Daten, deren Änderungen und Ergänzungen, im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Registrierung elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

Der Antragsteller / die Antragstellerin erklärt sich mit dem Registrierungsverfahren und der damit verbundenen Bearbeitungsgebühr in Höhe von **50,00 €** einverstanden.

**Die Registrierungsgebühr in Höhe von 50,00 € bitte ich einmalig von meinem Konto einzuziehen.**

**Geldinstitut**

**BIC**

**IBAN**

**RbP Gläubiger Identifikation DE36RbP00000723232**

Ihre SEPA Mandatsreferenz (Registrierungsnummer) teilen wir Ihnen beim Bankeinzug mit. Für den Fall, dass mein/unser Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich verpflichte mich für diesen Fall, etwaige Rücklastschriftkosten zu übernehmen. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_