



Foto/Passbild
beifügen, falls noch
nicht eingereicht.

Re-Registrierung Antrag auf erneute Registrierung beruflich Pfleger

Registrierungsnummer

Angaben zur Person

Name	Vorname
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
E-Mail*	Telefonnummer/ Handynummer*

Aktueller Arbeitsplatz/-bereich

Arbeits-/Einsatzbereich z. B. Anästhesie, Chirurgie, Innere, Psychiatrie, ...	seit	Art des Arbeitsplatzes z. B. Krankenhaus, stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung, Schule, ...	Funktion/Stelle

Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Hinweis zur Einwilligung gemäß Artikel 6 und 7 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Wir erheben, verarbeiten und nutzen personenbezogene Daten der Registrierten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen zur Erfüllung der in der Satzung aufgeführten Zwecke und Aufgaben, dazu zählen (1) die Registrierungsunterlagen (postalisch), (2) die Erinnerung an die erneute Registrierung alle 2 Jahre per E-Mail oder Post, (3) Informationen über Veranstaltungen per E-Mail oder Post. Durch Ihre Registrierung stimmen Sie der Erhebung, Verarbeitung (Speicherung, Veränderung und Übermittlung) und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der o.g. Aufgaben und Zwecke der RbP GmbH zu. Eine anderweitige Datenverwendung (z.B. Datenverkauf) findet nicht statt. Als Registrierte/r haben Sie im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über personenbezogene Daten, sowie Informationen über die Speicherung. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Berichtigung Ihrer Daten im Falle der Unrichtigkeit mitzuteilen, sowie die Löschung oder Sperrung Ihrer Daten zu verlangen.

Die Angaben, die Sie auf dem Antrag machen, sind freiwillig.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur o.g. Speicherung, Weitergabe und Nutzung der Daten. Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückgenommen werden. Die ausführliche Datenschutzerklärung können Sie jederzeit auf der Homepage www.regbp.de einsehen.

Der Antragsteller / die Antragstellerin versichert alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und 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.

Bank _____

BIC _____

IBAN DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

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.

**Die Registrierungsgebühr in Höhe von 50,00 € übernimmt mein Arbeitgeber
(Kostenübernahmeerklärung vom Arbeitgeber ausfüllen lassen).**

Kostenübernahmeerklärung durch den Arbeitgeber

Wir bestätigen hiermit die Übernahme der Kosten in Höhe von 50,00 €

für die Re-Registrierung beruflich Pflegender für:

unsere/n Mitarbeiter/in: _____

Rechnungsadresse:

Firma _____

Adresse (Strasse, PLZ, Ort) _____

Telefon _____

Ansprechpartner/in _____

Bitte stellen Sie die Rechnung an o.g. Firmenanschrift aus.

Ort, Datum _____ Unterschrift Zeichnungsberechtigte/r, Firmenstempel _____

Ich mich damit einverstanden, dass die RbP GmbH mir regelmäßig Informationen zu folgenden Themen per E-Mail zuschickt: Informationen zur Registrierung beruflich Pflegender, Informationen zu Veranstaltungen, Erinnerung an die erneute Registrierung. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der RbP GmbH widerrufen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag:
per Post an: RbP GmbH • Alt Moabit 91 • 10559 Berlin
oder per Fax: 030 39 48 0113 • oder per E-Mail: info@regbp.de