

Bewerbung zur Fortbildung Assistenz in der Diabetologie LÄK

Persönliche Angaben:		
Name, Vorname:		Geb. am:
Straße, Hausnr:		
PLZ Wohnort:		Geburtsort:
Grundberuf:		
Telefon privat:		Staatsangehörigkeit:
Telefon mobil:		
Tel. dienstlich:		
E-Mail:		
Angaben zum/r Arbeitgeber*in:		
<u>Art der Einrichtung</u> <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Reha	<u>Name Einrichtung:</u> 	<u>Fachbereich:</u> <input type="checkbox"/> Hausärztl./Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Diabetes-Schwerpunkt/ Endokrinologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Andere _____
Straße, Hausnr.:		
PLZ Ort Dienststätte:		Tel:
Ansprechpartner*in:		E-Mail:

Hiermit bewerbe ich mich um einen Platz für die Fortbildung **Assistenz in der Diabetologie LÄK** nach den Kriterien der BÄK für die berufsrechtliche Anerkennung.

Bitte senden Sie folgende Unterlagen per Mail mit dem Bewerbungsbogen an die DDG:

- Lebenslauf** (tabellarisch) **(Pflicht)**
- Urkunde Grundberuf - mit Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung - **(Pflicht)**
- Zeugnis Grundberuf inkl. Benotung **(Pflicht)**
- Nachweis Deutschkenntnisse Niveau B2 **(Pflicht / für Menschen aus anderen Sprachräumen)**

Ich verfüge bereits über folgenden zusätzlichen Abschluss und lege die Urkunde bei:

- Wundassistent*in DDG
- Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)
- Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)
- sonstige _____

Bitte geben Sie hier den Kurs an, für den Sie sich registriert haben (Kursnr. oder Ort und Startdatum)

Kurs:

Freistellungserklärung des/r Arbeitgeber*in

Der/ Die Bewerber*in wird von uns/mir als **Arbeitgeber*in** für die Zeit der Fortbildung zur Assistenz in der Diabetologie für die Präsenzzeiten von der Arbeitszeit freigestellt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift **Arbeitgeber*in**

Rechnungsanschrift *

- Selbstzahler*in
- Arbeitgeber*in
- Sonstige
- Förderung

Empfänger*in: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

erteilt durch:

E-Mail: _____

** Bitte beachten Sie die Kurs- und Zahlungsbedingungen auf Seite 4-5*

Erklärung der Bewerber*in

Ich bin darüber informiert, dass inhaltlich nichtzutreffende Bescheinigungen dazu führen können, dass ich künftig nicht mehr zur für die Fortbildung zur **Assistenz in der Diabetologie LÄK** zugelassen bzw. auch aus einem laufenden Weiterbildungskurs verwiesen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift **Bewerber*in**

Bitte kontaktieren Sie uns gerne, wenn noch Fragen bestehen unter weiterbildung@ddg.info oder 030 311 69 37-18/26 oder auch die Weiterbildungsstätte direkt.

QM-Nr. FO-DDG-WB-DA-LÄK	Version: 1	Erstellungsdatum: 15.03.2024	Revisionsdatum:	Erstellt von: WBS - GS
----------------------------	---------------	---------------------------------	-----------------	---------------------------

Kurs- und Zahlungsbedingungen zur Diabetesedukation der DDG

Im Rahmen einer Kooperation wurde die Durchführung der Fortbildung zur **Assistenz in der Diabetologie LÄK** durch die **Ärztammer Thüringen** an die **Deutsche Diabetes Gesellschaft** (nachfolgend Gesellschaft) delegiert. Die Fortbildung wird in den curricularen Ablauf der Diabetesedukation DDG integriert. Die Gesellschaft und die von ihr beauftragten Weiterbildungsstätten sind für die Umsetzung und das Rechnungswesen zuständig.

1. Mit Eingang der Bewerbungsunterlagen gilt die Anmeldung zur Teilnahme am gewünschten Kurs, unter der Voraussetzung der Erfüllung aller Zulassungsbedingungen, als rechtsverbindlich.
2. Nach Eingang der Bewerbung in der Geschäftsstelle der DDG besteht ein 14-tägiges Widerrufsrecht. Der Widerruf ist schriftlich per Mail oder auf dem Postweg anzuzeigen.
3. Bei Stornierung der Teilnahme NACH der Widerrufsfrist wird eine Stornierungsgebühr in Höhe von 200,00 EUR fällig.
4. Mit schriftlicher Zusendung des Zulassungsbescheids (E-Mail/Postweg) ist die Teilnahme an der Fortbildung bestätigt. Dies setzt ggf. ein erfolgreich durchgeführtes Bewerbungsgespräch voraus. Über die Notwendigkeit dieses Gesprächs entscheidet die Weiterbildungsstätte individuell.
5. Vier bis sechs Wochen vor Kursstart wird die Gesamtgebühr für den Fortbildungslehrgang zur Assistenz in der Diabetologie LÄK in Rechnung gestellt. Der Betrag wird innerhalb des Zahlungsziels vollständig fällig.
6. Soweit die Zahlung nicht innerhalb des Zahlungsziels geleistet wird, behält sich die Gesellschaft vor, den/die Bewerber*in vom Kurs auszuschließen. In diesem Fall sind Stornierungsgebühren entsprechend Zf. 7 zu zahlen.
7. Bei Stornierungen in den unten angegebenen Zeiträumen durch die Teilnehmer*in oder die Gesellschaft nach Zf. 6 erhebt die Gesellschaft (gleich aus welchem Grund) die folgenden Stornierungsgebühren:
 - a. Stornierung nach erfolgter Registrierung (OHNE persönl. Rückmeldung/Zusendung von Unterlagen) später als 4 Wochen vor Kursbeginn
EURO 75,00
 - b. Stornierung nach Eingang der Bewerbungsunterlagen (siehe Zf. 3)
EURO 200,00 (siehe Zf. 3)
 - c. Stornierung 8 bis 4 Wochen vor Kursbeginn
EURO 450,00
 - d. Stornierung später als 4 Wochen vor Kursbeginn
EURO 700,00
 - e. Stornierung später als 1 Woche vor Kursbeginn
EURO 1.400,00 Qualifikation
- f. Bei Nichterscheinen oder Abbruch des Kurses innerhalb der Kurslaufzeit wird die Kursgebühr nicht erstattet.

QM-Nr. FO-DDG-WB-DA-LÄK	Version: 1	Erstellungsdatum: 15.03.2024	Revisionsdatum:	Erstellt von: WBS - GS
----------------------------	---------------	---------------------------------	-----------------	---------------------------

- g. Sofern für den Rechnungs- oder einen Rechnungsteilbetrag eine externe Förderung vorgesehen ist, erklärt sich der/die Teilnehmer*in bereit, im Fall eines Ausfalls dieser Zahlung den vorgesehenen Betrag zu begleichen.
- h. Die Gesellschaft ist berechtigt, den in der Rechnung genannte Kurs zu verlegen. Kann oder will der/die Teilnehmer*in an dem alternativ angebotenen Kurs nicht teilnehmen, wird die vollständige Gebühr erstattet.
- i. Sollte ein Kurs, z. B. wegen zu geringer Teilnehmerzahl, gänzlich ausfallen, wird die vollständige Gebühr gleichfalls erstattet.

Ich (Teilnehmer*in) habe die Kurs- und Zahlungsbedingungen zur Kenntnis genommen und akzeptiert

Ort/Datum

Unterschrift Bewerber*in

Ich (Rechnungsempfänger*in) habe die Kurs- und Zahlungsbedingungen zur Kenntnis genommen und akzeptiert

Ort/Datum

Unterschrift Rechnungsempfänger*in

Datenschutzerklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzrichtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur Kenntnis genommen habe und mit dem Umgang mit meinen Daten und mit der Weitergabe an die zuständige Landesärztekammer sowie ausführende Weiterbildungsstätte/n einverstanden bin. Die DDG als Verantwortliche im Sinne des Datenschutzrechts versichert mir insoweit die Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. - <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/datenschutz.html>

Ort/Datum

Unterschrift Bewerber*in

Bitte überprüfen Sie, ob alle Inhalte vollständig ausgefüllt sind. Erst nach vollständigem Eingang können wir die Unterlagen weiterbearbeiten!

QM-Nr. FO-DDG-WB-DA-LÄK	Version: 1	Erstellungsdatum: 15.03.2024	Revisionsdatum:	Erstellt von: WBS - GS
----------------------------	---------------	---------------------------------	-----------------	---------------------------