

Prüfungsanmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Prüfung an:

- Erstprüfung zum 1. WH-Prüfung zum 2. WH-Prüfung zum
 Wundexperte ICW® Ärztlicher Wundexperte ICW®
 Pflegetherapeut Wunde ICW® Fachtherapeut Wunde ICW®

Prüfungsdatum: _____ Prüfungsort: _____

Schulungsanbieter: _____

Angaben zur Person

Frau / Herr Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____

Land _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____

E-Mail: _____ Tel.: _____

Zulassungsvoraussetzungen

Ich verfüge über folgenden Berufsabschluss:

Erklärung des Antragstellers

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ich habe den Inhalt der Prüfungsordnung zur Kenntnis genommen und erkenne diese durch meine Unterschrift an.

Ich erlaube der Personenzertifizierungsstelle PersCert TÜV, meine personenbezogenen Daten zur Durchführung und Aufrechterhaltung der Zertifizierung zu speichern und zu nutzen. Gleiches gilt für die Verifizierung der Zertifizierung gegenüber Dritten die ein berechtigtes Interesse haben.

PersCert TÜV ist berechtigt mein personalisiertes Prüfungsergebnis dem jeweiligen Schulungsanbieter zu übermitteln.

→ ←
 Ort Datum Unterschrift