

ANMELDUNG zur Wiederholungsschulung

Betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Aspekte für Arztpraxen, Apotheken,
Pflegeeinrichtungen und Therapeutische Praxen (FOBI)

An die
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen GmbH
Berliner Allee 20
30175 Hannover



entrum für
ualität und Management
im Gesundheitswesen GmbH
der Ärztekammer Niedersachsen

Fax 05 11 / 3 80 - 2541

Tel.-Nr.: 0511/380-2542

Hiermit melde ich mich bei der „Fachkundigen Stelle“ der Ärztekammer Niedersachsen, Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen GmbH, zur BuS-Betreuung (FOBI) nach dem „Unternehmermodell“ mit 1 bis zu 50 Beschäftigten an, und zwar verbindlich zum Schulungstermin

am.....(14 – 19 Uhr) in.....

Die Kursgebühr beträgt € 225,- (inkl. MwSt.)

*Praxis/Betriebsstätte: _____

weitere Betriebsstätten: _____

*Titel: _____ Fachrichtung: _____

Name **Praxisinhaber**/Unternehmer: _____

*Name **Teilnehmer/In**: _____

*Straße: _____ *BGW-Nr.: _____

*PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen/ergänzen:

An der Erstschulung bei der ZQ GmbH habe ich bisher **nicht** teilgenommen.

An der Erstschulung habe ich teilgenommen **am** _____ **in** _____

Mir ist bekannt, dass mein Rücktritt bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Schulung erfolgen kann. Bei rechtzeitigem Rücktritt ist lediglich eine Stornogebühr von € 12,50 zu zahlen. Danach ist die Kursgebühr in voller Höhe fällig. Alternativ kann eine Ersatzperson benannt werden.

Das Unternehmen erklärt seine Teilnahme an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung bei der ZQ-GmbH und erklärt mit der Unterschrift dieser Teilnahmevereinbarung, dass die ZQ-GmbH die Betreuungsform inkl. aller Änderungen und der Schulungsergebnisse an die BGW meldet.

Ansprechpartner für die bedarfsorientierte Betreuung ist die ZQ-GmbH. Bei Bedarf vereinbart das Unternehmen eine Beratung und/oder Betreuung durch die mit der ZQ-GmbH kooperierenden Betriebsärzte oder Sicherheitsfachkräfte. Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist ggf. zusätzlich zu vereinbaren und der/ die betreuende Betriebsarzt/ -ärztin ist den Beschäftigten zu nennen. Die Kosten für die Betreuung durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einen Betriebsarzt/Betriebsärztin entstehen dementsprechend bei Bedarf.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Übermittlung meiner obigen Angaben (*Name der Betriebsstätte, *Name des Unternehmers, *Name des Teilnehmers *Adresse, *BGW-Nummer) an die zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hauptverwaltung Hamburg, zu, der gegenüber ich damit die Erfüllung meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Unfallverhütung gemäß DGUV Vorschrift 2 nachweise.

Ort, Datum

**Unterschrift

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung sowie weitere Informationen zur BuS-Fortbildung. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Einganges berücksichtigt. Bei Nichterreicherung der Teilnehmerzahl behält sich der Veranstalter vor, das Seminar abzusagen und einen Ersatztermin anzubieten. Es werden 7 Punkte im Rahmen der zertifizierten Fortbildung bescheinigt.

***Die Anmeldung ist nur gültig mit Unterschrift.*