

Absender:.....

Einverständniserklärung

- | | |
|--|--------------------------|
| der ärztlichen Leitung | <input type="checkbox"/> |
| des Vermittlers des ärztlich theoretischen Unterrichts | <input type="checkbox"/> |
| des ärztlichen Fachlehrers | <input type="checkbox"/> |
| des physiotherapeutischen Fachlehrers | <input type="checkbox"/> |

Hiermit erkläre ich, (Name)....., mich einverstanden, im Rahmen der Weiterbildung „Manuelle Therapie“ als prüfungsberechtigte Weiterbildungskraft für

folgenden Weiterbildungsträger:

.....

.....

an folgenden Weiterbildungsstätten:

.....

.....

(ggf. Beiblatt verwenden)

tätig zu sein.

- Ich bin bereits in der in der Anlage 2 (Manuelle Therapie) zur Anlage 7 zum Vertrag nach § 125 SGB V Physiotherapie unter dem

Weiterbildungsträger

.....

gelistet.

Die dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, vorliegenden Angaben zu meiner Person haben sich nicht geändert.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite des vdek unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen (<https://www.vdek.com/Service/datenschutz.html>).

Ort und Datum

Unterschrift