

Absender/Fachlehrkraft: _____

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, (Name) _____ mich einverstanden,
im Rahmen der Weiterbildung „**Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)**“ als

- ☐ ärztliche Fachlehrkraft
- ☐ prüfungsberechtigte therapeutische Fachlehrkraft

für

folgenden Weiterbildungsträger:

an folgenden Weiterbildungsstätten:

(ggf. Beiblatt verwenden)

tätig zu sein.

- ☐ Die erforderlichen Nachweise meiner Eignung sind beigelegt.

oder:

- ☐ Ich bin bereits in der Anlage 1 (KPE) zum Vertrag nach § 125 Abs. 9 SGB V für den

Weiterbildungsträger

als anerkannte Fachlehrkraft 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 Daten-
schutz-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