

Absender/Fachlehrkraft: _____

Einverständniserklärung

der ärztlichen Fachlehrkraft ☐
der therapeutischen Fachlehrkraft ☐

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

folgenden Weiterbildungsträger:
.....
.....

an folgenden Weiterbildungsstätten:
.....
.....
(bei mehreren Weiterbildungsstätten
ggf. Beiblatt verwenden)

tätig zu werden.

- ☐ Die erforderlichen Nachweise meiner Eignung sind beigelegt.
- oder:
- ☐ Ich bin bereits in der Anlage 2 (Manuelle Therapie) der Anlage 7 – Weiterbildung zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 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 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite des vdek unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen
<http://www.vdek.com/Service/datenschutz.html>

Ort und Datum

Unterschrift Fachlehrkraft