

**Deutsche Gesellschaft für
Wundheilung und Wundbehandlung e. V.**

„Zertifizierter Wundtherapeut“ / WT cert[®] DGfW (Beruf) - Stammdaten

Korrektur Titel	
Name / Geburtsnamen	
Vorname	
Straße und HNR	
PLZ und Ort	
E-Mail-Adresse privat	
Geburtsdatum / Geburtsort	
Festnetz privat / Handy privat	
Berufsabschluss *	
Facharzt / Weiterbildung zum *	
Zusatzqualifikation *	
Personalausweis-Nummer	
Familienstand ggf. Geburtsname	

Titel, Name	
Arbeitgeber / Institution (bitte auf korrekte juristische Firmierung achten)	
Abteilung (bitte auf korrekte Bezeichnung achten)	
Position / Funktion in der Institution	
Straße und HNR	
PLZ und Ort	
E-Mail-Adresse dienstlich	
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter	
Funktion in der Wundgruppe	
DGfW-Mitglied Interesse an einer aktiven Mitarbeit in der DGfW	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Andere Mitgliedschaften	

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Ich werde alle Berufsbezeichnungen und Weiterbildungen mit Urkunden oder Zeugnissen belegen (Erst-Zertifizierung). Alle Urkunden zu den Berufsbezeichnungen und Weiterbildungen sind in meinem Besitz und können bei Bedarf vorgelegt werden (Rezertifizierung). Namensänderungen auf Dokumenten sind durch amtliche Dokumente belegbar. Falsche Angaben können zu Verweigerung der Prüfungszulassung oder Nichtaushändigung bzw. Aberkennung des Zertifikates führen. Mit der Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten bei der DGfW und der zuständigen Zertifizierungsstelle bin ich einverstanden.

_____, den _____

Unterschrift: