

# Anmeldeformular für einen PEP basics®-Zertifikats-Inhousekurs

ZK-

Kursbezeichnung/Kurskennung

PEP basics®-Trainer:in

Kursdatum (bei 2 Kursmodulen: 1. und 2. Kurstag)

Teilnehmende Einrichtung, Anschrift

Ansprechpartner:in der Einrichtung (Name, Mail, Telefon)

Stempel der Einrichtung

**Anmelde-/Teilnahmebedingungen:** Ich bin darüber informiert, dass an den PEP basics®-Zertifikatskursen nur Mitarbeiter:innen aus pädagogischen und medizinisch-pflegerischen Arbeitsfeldern teilnehmen können. Mit der Anmeldung erkläre ich, in einem (sozial-)pädagogischen oder medizinisch-pflegerischen Arbeitsfeld tätig zu sein oder eine entsprechende Fachausbildung absolviert zu haben. Ich erkläre, dass ich psychisch in der Lage bin, an dem Kurs teilzunehmen und offen für den Selbsterfahrungsanteil des Kurses zu sein.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten (Kontaktdaten, beruflicher Hintergrund und gebuchter Kurs) gemäß der DSGVO elektronisch gespeichert werden; siehe Datenschutzerklärung unter <https://pep-basics.de/datenschutzerklaerung/>. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass zu Beginn des von mir gebuchten Kurses eine Namensliste aller Teilnehmer:innen mit E-Mailadresse an alle Kurs-Teilnehmer:innen verteilt wird. Sollte ich dies nicht wünschen, vermerke ich dies explizit auf dem Anmeldebogen.

## Angaben zu den teilnehmenden Personen:

\* Bitte füllen Sie mindestens die Felder aus, die mit einem Sternchen versehen sind.

Vor-/Nachname/Titel*	E-Mail*	Berufstätigkeit/ Ausbildung*	Ich habe die ABG für PEP basics®- Kurse zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich habe die PEP basics®- Datenschutz- erklärung zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich möchte gerne den PEP basics®- Newsletter per E-Mail er- halten.	Datum	Unterschrift*
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		

\* Bitte füllen Sie mindestens die Felder aus, die mit einem Sternchen versehen sind.

Vor-/Nachname/Titel*	E-Mail*	Berufstätigkeit/ Ausbildung*	Ich habe die ABG für PEP basics®- Kurse zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich habe die PEP basics®- Datenschutz- erklärung zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich möchte gerne den PEP basics®- Newsletter per E-Mail er- halten.	Datum	Unterschrift*
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		

\* Bitte füllen Sie mindestens die Felder aus, die mit einem Sternchen versehen sind.

Vor-/Nachname/Titel*	E-Mail*	Berufstätigkeit/ Ausbildung*	Ich habe die ABG für PEP basics®- Kurse zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich habe die PEP basics®- Datenschutz- erklärung zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich möchte gerne den PEP basics®- Newsletter per E-Mail er- halten.	Datum	Unterschrift*
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		

\* Bitte füllen Sie mindestens die Felder aus, die mit einem Sternchen versehen sind.

Vor-/Nachname/Titel*	E-Mail*	Berufstätigkeit/ Ausbildung*	Ich habe die ABG für PEP basics®- Kurse zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich habe die PEP basics®- Datenschutz- erklärung zur Kenntnis ge- nommen.*	Ich möchte gerne den PEP basics®- Newsletter per E-Mail er- halten.	Datum	Unterschrift*
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja		