

## Prüfungsanmeldung

Auszufüllen von den **Teilnehmer/innen** der Ausbildung.  
Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

Prüfung	<input type="checkbox"/> schriftliche Prüfung Wissen [zur Fachkraft Betriebliches Gesundheitsmanagement BBGM]  <input type="checkbox"/> schriftliche Prüfung Methoden & Anwendung [zur/zum Betrieblichen Gesundheitsmanager/-in BBGM]
Ausbildungsinstitution	
Prüfungstermin	

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr			
Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon		E-Mail	
Id.-Nr. [vom BBGM auszufüllen]:			

Erklärung:

Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben sowie bei Täuschungshandlungen von der Prüfung ausgeschlossen oder die Prüfung für nicht bestanden erklärt werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten vom BBGM e.V. gespeichert und statistisch ausgewertet werden. Die Speicherung der Daten dient u.a. dazu, Zeugnissen für verlorengegangene Zeugnisse ausstellen zu können.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte reichen Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular im Original bei Ihrer Ausbildungsinstitution ein.