

European Board of Cardiovascular Perfusion

Anleitung zum Ausfüllen des Anmeldeformulars

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Bitte alle Fragen beantworten, sollte eine Frage nicht zutreffen, in diese Zeile N/A (= not applicable, nicht zutreffend) schreiben. Keine Abkürzungen verwenden.

Anmeldeschluss (Datum des Poststempels) ist immer der 30.06. des betreffenden Jahres, die schriftliche Prüfung findet jeweils Mitte November statt. Bewerbungen, die nicht fristgerecht eingehen, können nicht berücksichtigt werden.

SECTION 1:

Familienname

Nationalität

Privatadresse

SECTION 2:

Vorname(n)

Geburtsdatum

Klinikadresse

SECTION 3:

In welcher Sprache möchten Sie die Prüfung machen? (Deutsch oder englisch)

Jahr der Prüfung

Academic qualifications:

School leaving certificate:

Schulabschluss (in deutsch)

Professional qualifications:

Vocational training:

Berufsausbildung(en)

Degrees/Diplomas

Universitäts-, Fachhochschulstudium

Awarding Institute:

Universität oder Fachhochschule

SECTION 4:

Wie lange sind Sie, zum Zeitpunkt der Bewerbung, schon als Kardiotechniker/in tätig (in Jahren und Monaten).

Duration of training course:

Dauer der kardiotechnischen Ausbildung (Jahre und Monate)

Name of training programme:

Name und Adresse des Ausbildungszentrums

Certified by Programme Director:

Name und Unterschrift des Leiters/in des Ausbildungszentrums

Certified by Person responsible

Name und Unterschrift des klinischen Ausbilders/in

for your training:

SECTION 5:

Certified by Employer:

Name, Unterschrift und Titel des Arbeitgebers

= der Verwaltung und nicht des Vorgesetzten (Herzchirurg)

Adresse der Verwaltung und Klinikstempel

SECTION 6:

Vor- und Zuname, wie er auf dem Zertifikat abgedruckt werden soll, z.B. „Hans Peter Rudolf Meier“. Bitte hier keinen anderen Namen als auf der Vorderseite angeben. Grossbuchstaben sind auf dem Zertifikat nur als Anfangsbuchstaben möglich.

1 Passbild auf Seite 2 rechts unten einkleben.

SECTION 7:

Falls Sie Einwände haben, dass Ihr Name und Ihre Klinikadresse an andere berufsverbundene Gruppen, wie z.B. DGfK, weitergegeben werden, bitte hier unterschreiben. Alle anderen Angaben in diesem Formular werden vom EBCP vertraulich behandelt.

SECTION 8:

Die Gebühr für Prüfung und Zertifikat beträgt: 160 EURO

Bitte Kreditkartendetails angeben:

Kreditkarte: MasterCard/Eurocard
 Visa

Kreditkarten Nr.: _____ (16 Zahlen!)

Kreditkarte gültig bis: _____

Kreditkarteninhaber: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Oder Überweisung auf das Konto der DGfK:

Stadtsparkasse Köln
BLZ 370 501 98
Konto 127 821 08

SECTION 9:

Alle Fragen in diesem Formular müssen wahrheitsgemäss beantwortet werden und das Formular muss fristgerecht eingeschickt werden, bevor eine Zulassung zur Prüfung erteilt werden kann.

Unvollständig ausgefüllte Anmeldeformulare werden zurückgeschickt.

Formular bitte an die/den nationale/n Delegierte/n schicken.

SECTION 10:

In Bezug auf mein Prüfungsergebnis füge ich mich der Entscheidung des EBCP, welche endgültig ist.

Unterschrift des/der Bewerbers/in.

FOR OFFICIAL USE ONLY

Dieses Feld freilassen.