

Antrag zur Zertifizierung

Standard Fachkraft betriebliches Gesundheitsmanagement
Bereich Personenzertifizierung



1. Angaben zur / zum Antragsteller:in

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Titel		Telefon	
Nachname			Rechnungsanschrift, wenn von Ihrer Privatanschrift links abweichend (bspw. Firma, andere Person oder eine Zweitanschrift):	
Vorname			Rechnungs-empfänger:in (Firma, ggf. Abteilung)	
Geburtsdatum				
Straße, Hausnr.			Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort			PLZ, Ort	
Land			Land	
E-Mail			Rechnung per E-Mail an	

2. Angaben zur angestrebten Zertifizierung

Fachkraft betriebliches Gesundheitsmanagement

3. Mitgeltende Dokumente / Erklärung

Es gelten folgende Dokumente der DEKRA Certification GmbH, die ich zur Kenntnis genommen habe und anerkenne:



[Allgemeine Geschäftsbedingungen \(AGB\) \(D-030-18\)](#)

[Allgemeine Zertifizierungsbedingungen \(AZB\) \(D-030-19\)](#)

[Prüfungs- und Zertifizierungsordnung \(PZO\) für Fachkraft betriebliches Gesundheitsmanagement \(D-03S-24\)](#)

[Datenschutzinformation \(D-250-03\)](#)

Ich **melde** mich mit meiner Unterschrift **verbindlich** zu der oben genannten Zertifizierung an.

Mir ist bekannt, dass für die Prüfung und Zertifizierung **Entgelte** gemäß der PZO für Fachkraft betriebliches Gesundheitsmanagement zu entrichten sind. Bei einem begonnenen Prüfungsverfahren ist die Prüfungsgebühr vollständig zu entrichten.

Ich **versichere**, dass alle geforderten und mit diesem Antrag eingereichten Unterlagen und Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich **informiere** die DEKRA Certification GmbH umgehend, falls sich die oben gemachten Angaben vor Abschluss des Prüfungsverfahrens ändern.

--	--

Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Bitte verwenden Sie eine eingescannte Unterschrift oder eine digitale Signatur.
Ihr „eingetippter“ Namenszug kann nicht als Unterschrift anerkannt werden!