

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

Palliativbegleiter:in (PaBe)

3. Angaben zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen

- Abgeschlossene Berufsausbildung oder höherwertige Ausbildung (Pflegekräfte, medizinisches Fachpersonal)
- Teilnahme an einer einschlägigen Schulung

Bitte Nachweise / Zertifikate zu den Zulassungsvoraussetzungen beifügen!

4. 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 Palliativbegleiter:in \(D-03S-47\)](#)
- [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 Palliativbegleiter:in 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!