

**KPMB-Datenblatt für die Personenverwaltung**

**Weiterbildungsassistent\*in / Stammdaten**

Name, Vorname, Titel:	
Anschrift (privat):	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

**Aus- und Weiterbildung**

Datum der Approbation:	
ggf. bisherige Facharzt-Abschlüsse:	
Beginn der WB zum FA PSOM:	
Aktuelle Arbeits-/ Weiterbildungsstätte:	
Vorherige Stellen in der WB zum FA PSOM:	
Kandidat*in an welchem Institut: Ausbildungsstand (Semester):	

Weiterbildungsassistent\*in:

Wünsche/Anregungen zur Weiterbildung (bitte Abgleich mit dem Logbuch!)	
Seminar zu:	
Praktische Übung zu:	
Fragen an den Vorstand:	
sonstiges:	

Die Assistent\*innen haben eigene Verteiler zur Vernetzung untereinander:

Ich möchte in den <b>Emailverteiler</b> der Assistent*innen aufgenommen werden und <i>willige in die Weitergabe meiner Emailadresse</i> an die Assistent*innenvertretung ein <input type="checkbox"/>	Ich möchte in die <b>Signalgruppe</b> der Assistent*innen aufgenommen werden und <i>willige in die Weitergabe meiner Handynummer</i> an die Assistent*innenvertretung ein <input type="checkbox"/>
---	--

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die o.g. Angaben der Wahrheit entsprechen. Im Falle meiner Einwilligung darf meine Emailadresse bzw. meine Handynummer an die Assistent\*innenvertretung weitergegeben werden*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Weiterbildungsassistent\*in

### Anmeldung durch die\*den Weiterbildungsbefugte\*n:

Name, Vorname, Titel:	
Anschrift der Weiterbildungsstätte:	

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Mitglied im KPMB e.V. bin, bzw. erkläre meine Absicht, Mitglied zu werden und mit dem KPMB zu kooperieren*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Weiterbildungsbefugte\*r