



Beitrittserklärung / Aufnahmeantrag zum Verein Pflege-Ausbildungsverbund Oberland e.V.

Ich / wir

Organisation: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

eMail: _____

Homepage: _____

Vertreten durch (Name) _____

beantrage(n) die Mitgliedschaft in den Pflege-Ausbildungsverbund Oberland e.V. als

- Schule Träger der praktischen Ausbildung
 Außeneinsatzstelle Fördermitglied

Anzahl Azubistellen: _____

Ansprechpartner/in Praxisanleitung (Name): _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wir weisen darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung Namen, Adressen, Telefonnummern, E-Mail, Homepage der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Der Pflege-Ausbildungsverbund e.V. benötigt für die Verwaltung der Mitgliedschaft die firmen- und personenbezogenen Daten. Diese Daten werden durch den Verein zur Mitgliederversammlung, Praxisanleiterversammlungen u. -weiterbildung, Bildung von Arbeitsgruppen, Übersendung von vereinsinternen und –externen Informationen, Veröffentlichung auf der Homepage und im Wege der elektronischen Datenverarbeitung verarbeitet.

Mir / uns ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne Bekanntgabe dieser Daten nicht stattgegeben werden kann.

Datenschutz

Wir verarbeiten im Rahmen der Mitgliedschaft Ihre Daten. Wir dürfen Sie daher über Ihre Betroffenenrechte nach der Datenschutz-Grundverordnung informieren:

Mir / uns stehen als Mitglied die folgenden Rechte zu:

- Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO),
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO),
- Löschung (Art. 17 DS-GVO),
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO),
- Recht auf Datenübertragung (Art. 20 DS-GVO),
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO),
- Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO).

Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, hat das Vereinsmitglied das Recht, seine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Veröffentlichung von Daten und Bildmaterial

Ich / wir bin / sind damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen firmen- und personenbezogene Daten und Fotos von mir und meiner Organisation auf der Homepage des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Dieses Einverständnis betrifft insbesondere folgende Veröffentlichungen: Kontaktdaten von Vereinsmitgliedern und Praxisanleitern, zur Verfügung gestelltes Bildmaterial und Logo.

Veröffentlicht werden ggf. Fotos, Logo, der Name, die Organisation, die Funktion im Verein. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichtes Bildmaterial, Logo und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Durch meine Unterschrift erkenne ich / wir die Satzung des Vereines an. Die Vereinssatzung ist auf der Homepage www.pav-oberland.de einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift
Firmenstempel

Meldung der Ausbildungskapazitäten für die Ausbildung

Einrichtung:	
Ansprechpartner: (Name, Vorname, Position)	

Bitte geben Sie im Folgenden Ihre Ausbildungskapazitäten an.

Angabe	Einrichtung					
	Stationäre Akutpflege	Stationäre Langzeitpflege	Ambulante Pflege	Pädiatrische Versorgung	Psychiatrische Versorgung	Weitere Einsätze
<i>zu a) b) und c): Bitte geben Sie die möglichen Plätze, nicht die bereits tatsächlich besetzten Plätze an.</i>						
a) Anzahl der Plätze für eigene Auszubildende mit Ausbildungsbeginn im Herbst 2024.						
b) Anzahl der benötigten Plätze für eigene Auszubildende in anderen Einrichtungen .						
c) Anzahl der Plätze für fremde Auszubildende . Wie viele Plätze für Fremdeinsätze stehen in Ihrer Einrichtung zur Verfügung?						
d) Anzahl (Vollzeitstellen, ggf. aufgerechnete Teilzeitstellen) der Praxisleiter/innen				-	-	-
Rechnungsanschrift:						

Bitte beachten Sie, dass 10% der wöchentlichen Arbeitszeit der Auszubildenden laut Pflegeberufegesetz Praxisanleitung sind.

Für die Richtigkeit: _____

Ort, Datum

Unterschrift