

## Anmeldung zur Fachsprachenprüfung C1 Medizin

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Fachsprachenprüfung C1 Medizin an.

**Daten:** Herr  Frau

Name, Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum, -ort: .....

Staatsbürgerschaft: .....

Studienland: .....

Telefon: .....

Email: .....

**Wunschtermin für die Prüfung:** .....

Der endgültige Termin, die Uhrzeit und der Ort der Prüfung werden Ihnen rechtzeitig und verbindlich mitgeteilt.

**Möchten Sie sich zum Crashkurs anmelden?** Ja  Nein

### **Erklärung über frühere Anträge**

Ich versichere, dass ich

- noch keinen Antrag auf eine Fachsprachenprüfung C1 Medizin eingereicht bzw. keine abgelegt habe (Kammer bzw. andere Anbieter).
- bereits an der Fachsprachenprüfung C1 Medizin teilgenommen habe. Stelle, Datum und Ergebnis der bisherigen Fachsprachenprüfung(en):

.....

.....

## **Anerkennungsantrag**

Der Antrag auf Anerkennung wurde bei folgender Stelle beantragt:

.....

## **Anerkennung im Land Hessen**

Unsere Prüfungen werden gemäß den Bestimmungen der 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK, 2014) abgehalten. Dementsprechend wird diese Prüfung vom Hessischen Landesprüfungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) anerkannt. Sollten Sie die Anerkennung in einem anderen Bundesland als Hessen beantragen bzw. beantragt haben, möchten wir Sie bitten, die Anerkennung des von uns auszustellenden Fachsprachenzertifikats C1 Medizin in dem für Sie zuständigen Bundesland zuvor abzuklären. Gerne beraten wir Sie hierzu.

## **Datenschutzrechtliche Erklärung**

Mit Ihrer verbindlichen Anmeldung erklären Sie Ihr Einverständnis zur Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten nach der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags im Rahmen der Fachsprachprüfung. Ebenso erklären Sie Ihr Einverständnis zu Ton- und ggfs. Bildaufnahmen, die während der Prüfung zur Qualitätssicherung durchgeführt werden.

## **Prüfungsgebühr & Ergebnismitteilung**

Die Prüfungsgebühr beträgt 495,- €. Das ausgewertete Ergebnis liegt drei Wochen ab Prüfungstermin vor. Eine mögliche Expressausstellung (eine Woche ab Prüfungstermin) des Zertifikats beträgt 185,- €.

## **Rücktritt**

Der Rücktritt von der Prüfung muss schriftlich erfolgen (fsp@brmi-akademie.de). Bei Rücktritt bis 14 Tage vor dem Ihnen verbindlich mitgeteilten Prüfungstermin wird in jedem Fall eine Ausfallpauschale i.H.v. 175,- € fällig. Bei Rücktritt von weniger als 14 Tage vor der Prüfung wird die gesamte Prüfungsgebühr fällig. In begründeten Krankheitsfällen, nachzuweisen durch ein ärztliches Attest, kann die Prüfungsgebühr, abzüglich einer Bearbeitungsgebühr i.H.v. 75,- €, erstattet werden. Erscheinen Sie nicht zur Prüfung und es liegt kein ärztliches Attest vor, gilt die Prüfung als „nicht bestanden“. Die gesamte Prüfungsgebühr ist fällig.

## **Erklärung**

Ich versichere hiermit, dass meine vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich habe die o.a. Bedingungen gelesen, erkläre mich mit diesen einverstanden und melde mich verbindlich zur Prüfung an.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift