

# Antrag auf Zulassung Zertifizierung/Prüfung

zurücksenden an:  
PZ@DGQ.de

## Persönliche Daten

Titel: \*

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort/Land:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsland:

Festnetz:

Mobil:

E-Mail privat:

## Arbeitgeber/Organisation

Abteilung:

ggf. Postfach:

Straße:

PLZ/Ort:

Funktion:

Festnetz:

Mobil:

E-Mail:

## abweichende Rechnungsanschrift

Bestellnummer (sofern erforderlich):

\* In das Zertifikat aufgenommen werden die Angaben Name, Vorname sowie ausschließlich die akademischen Titel/Grade Dr./Prof./Prof. Dr.

## Ich beantrage die Zulassung zur Zertifizierung/Prüfung als:

**DGQ-Qualitätsmanagementbeauftragter im Gesundheits- und Sozialwesen  
inkl. EOQ Quality Management Representative in Healthcare**

## Voraussetzungen:

erfolgreiche Teilnahme an dem erforderlichen Lehrgangsblock

## Nachweise:

Bei den meisten Prüfungen/Zertifizierungen sind zusätzliche Nachweise erforderlich. Diese entnehmen Sie bitte der Ihnen zugesandten DGQ-Durchführungsbestimmung und fügen sie mit dem Antrag in einem pdf bei:

Auditorfahrung    Kopie des höchsten Bildungsabschlusses    Berufserfahrung    weitere

Falls Sie die Zertifizierungsvoraussetzungen nicht erfüllen, erhalten Sie nach bestandener Prüfung eine qualifizierte Teilnahmebescheinigung.

## Hinweise zur Zertifizierung/Prüfung

Ich erkenne die derzeit gültige Version der Zertifizierungs- und Prüfungsordnung einschließlich der Durchführungsbestimmungen der DGQ an.

Ich gebe mein Einverständnis, dass oben genannte persönliche Daten unter Beachtung der Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes (neu) mittels EDV verarbeitet und gespeichert werden, sowie bei der Beantragung von Zertifizierungen mit EOQ-Zertifikaten an die EOQ weitergeleitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Datenbank für Zertifikatsinhaber auf der Internetseite der EOQ veröffentlicht werden (Name, Vorname, Zertifikatsnummer/-titel).

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ich habe den Verhaltenskodex der DGQ/EOQ zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit, dass ich ihn einhalten werde.

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben und bin auf Verlangen der DGQ bereit, diese zu belegen.

Ich habe die Hinweise gelesen und akzeptiert.

Ort/Datum

Unterschrift

DGQ-Prüfvermerk (nur von der DGQ auszufüllen)

Die Voraussetzungen sind nach obigen Angaben erfüllt für:  P QMBG

Antrag Prüfung

Datum/Unterschrift

Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V., Personenzertifizierungsstelle, August-Schanz-Str. 21 A, 60433 Frankfurt am Main

Stand Februar 2019  
Ausgabe 2