

Deutsche Gesellschaft für
Gesundheits- und Pflegewissenschaft mbH
Grabenstrasse 86-88
47546 Kalkar

Registrierung für die Mitwirkung bei staatlichen Impfaktionen

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Postleitzahl: _____

Telefonnummer privat: _____

Telefonnummer dienstlich: _____

Handynummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Prüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege am: _____

Prüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege in: _____

Berufserlaubnis erteilt am: _____

Ausstellende Behörde: _____

Hiermit versichere ich – bitte Zutreffendes ankreuzen –

- Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- Krankenschwester
- Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester
- Kinderkrankenpfleger

zu sein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier erteilten Angaben elektronisch gespeichert und ausschließlich an interessierte Gesundheitsämter weitergeleitet werden.

Ort/Datum

Unterschrift

**Dieses Formular senden Sie bitte per Post an die oben genannte
Adresse oder faxen es an die DGGP in Essen.**

Faxnummer: 0201-81 59 171