|  |
| --- |
| **Name; Vorname:** **Geburtsjahr:**  |
| **Emailadresse:****Telefonnummer:**  | **Mitglied bei Interplast:** [ ]  ja, seit wann: [ ]  nein |
| **Berufliche Qualifikation** | [ ]  Arzt [ ]  Facharzt, seit:[ ]  Fachgebiet:[ ]  Spezialisierung: |
| [ ]  Pflegefachkraft (Krankenschwester/-pfleger; etc.) Einsatzgebiet: [ ]  Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung: [ ] Operationsdienst [ ] Anästhesie und Intensivmedizin[ ]  OTA |
| [ ]  Medizinstudent; wievieltes Semester:  |
| [ ]  Sonstige (bitte benennen z.B. Physiotherapeut): |
| **Nur für FA Anästhesie und Pflegefachkraft Anästhesie** | Erfahrung in Kinderanästhesie [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **Berufserfahrung** |   |
| **Einsatzerfahrung mit INTERPLAST-Germany e.V.** **oder anderer Organisation** | [ ]  Ja **Wann/ Wo/ Teamleiter:** [ ]  Nein [ ]  andere Organisation:  |
| **Fremdsprachen** |  |
| **Sonstiges was Sie uns über sich berichten möchten** |  |
| [ ]  Ich bin damit einverstanden, dass Interplast-Germany e.V. meine persönlichen und personenbezogenen Daten, wie Name, Telefonnummer, Emailadresse ab Eingangsdatum, über den Zeitraum von 3 Jahren speichern darf. Bei Bedarf dürfen meine Daten an die Sektions- / Einsatzleiter weiter geleitet werden, wenn Interessenten für einen Einsatz gesucht werden. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift