|  |  |
| --- | --- |
| **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