



## Bewerbung für Einsatzinteressierte Mitglieder

Name   Vorname   Geburtsjahr	
Tel:	Mailadresse:
Mitglied bei Interplast Germany e.V.	Ja                      nein
<b>Berufliche Qualifikation</b>	
Arzt   Fachgebiet: Facharzt   Fachgebiet:	
Pflegefachkraft   Fachrichtung: Fachpflegekraft für            Operationsdienst            Anästhesie OTA                                    ATA	
<i>Nur für FA Anästhesie und Pflegefachkraft Anästhesie</i> Erfahrung in Kinderanästhesie            ja            nein	
Medizinstudent   Semester:	
Sonstiger Heilberuf (z.B. Hebamme, Physiotherapie, Physician Assistant)	
Berufserfahrung:	
Einsatz Erfahrung mit INTERPLAST-Germany e.V. oder anderer Organisation	nein
	ja Jahr   Land   Teamleiter: Andere Organisation:
Fremdsprachen	
Was sie uns über sich berichten möchten:	
Ich bin damit einverstanden, dass Interplast-Germany e.V. meine personenbezogenen Daten , für den Zeitraum von 3 Jahren speichern darf. Bei Bedarf dürfen diese an die Sektions- / Teamleiter weiter geleitet werden, wenn Interessenten für einen Einsatz gesucht werden.	

Datum, Unterschrift

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachform m | w | d verzichtet.  
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Ablageort: Sekretariat Interplast e.V. und Vorstand Interplast e.V. | 2025-03 Freigabe Vorstand