

ANMELDUNG ZU STUFE 1 und 2

SCHULUNGEN UND QUALIFIZIERUNGSPRÜFUNGEN

□ STUFE 1 □ STUFE 2 □ STUFE 3

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER (Stempel genügt)	
Name des Unternehmens:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Ansprechpartner:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

Rechnungsanschrift	
Name des Rechnungsempfängers:	
<input type="checkbox"/> gleich Arbeitgeber	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Ihre Best. Nr.	
Telefonnummer:	
E-Mail für Rechnungsversand	

ANGABEN ZUM TEILNEHMER	
Titel:	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Telefonnummer: (freiwillige Angabe)	
E-Mail: (freiwillige Angabe)	

ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN VERANSTALTUNG	
Kurs Nr.: CP1+2-540A	Termin: 21.-25.03.2022
Prüfung Nr.: EP2-540A	am 26.03.2022
Industriesektor:	<input checked="" type="checkbox"/> Is oder <input type="checkbox"/> _____
Regulärer Anmeldeschluß: 01.03.2022	
Art der Prüfung:	Gesamtpreis netto:
<input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9712 (Erstprüfung)	€ 2.440,-
<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung	€ 350,-
<input type="checkbox"/> Stufe 2 für 3 Prüfung	€ 320,-
<input type="checkbox"/> Rezertifizierung inkl. Vorbereitung	€ 880,-
<input type="checkbox"/> bei Rezert: Teilnahme ab wann?	_____
Rezertifizierung beantragt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNG 1: BESTÄTIGUNG DER SEHFÄHIGKEIT

(Der Unterzeichner bestätigt das Vorliegen eines gültigen Sehtests gemäß EN ISO 9712:2012 Abs. 7.4 beim Arbeitgeber)

Der Unterzeichner bestätigt, das folgende Mindestanforderungen an die Sehfähigkeit gemäß DIN EN ISO 9712:2012 Abs. 7.4 erfüllt werden:

Die **Nahsehfähigkeit** reicht aus, um die Jaeger-Nummer-1-Buchstaben oder Times Roman 4,5 in einem Abstand von nicht weniger als 30 cm mit mindestens einem Auge, mit oder ohne Sehhilfe, lesen zu können (Mustertext: Lorem ipsum dolor sit amet, ligula suspendisse nulla pretium, rhoncus tempor fermentum, enim integer ad vestibulum volutpat. Nisl rhoncus turpis est, vel elit, congue wisi enim nunc ultricies sit, magna tincidunt. Maecenas aliquam maecenas ligula nostra, accumsan taciti. Sociis mauris in integer, a dolor netus non dui aliquet, sagittis felis sodales, dolor sociis mauris,...)

Das **Farbsehvermögen** muss ausreichend sein, um die Kontraste zwischen den Farben oder Grauschattierungen zu erkennen und zu unterscheiden, die bei den betreffenden vom Arbeitgeber festgelegten ZIP-Verfahren benutzt werden.

Das **Weitsehvermögen** (nur erforderlich für Ausführung von Übersichtsprüfungen bei Sichtprüfung (VT)) muss mit dem Standard-Optotyp entsprechend EN ISO 8596, Sehschärfegrad 0,63 auf mindestens einem Auge mit oder ohne Sehhilfe nachgewiesen werden (Abstand > 4 m)

Datum der letzten Untersuchung: _____ (darf am Prüfungstag nicht älter als 1 Jahr sein)

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNG 2: BESTÄTIGUNG DER ERFAHRUNGSZEIT

(bitte die vorliegende Erfahrungszeit unten eintragen)

Mindestzeiten:	Bei direktem Zugang zu Stufe 2 gilt die Summe aus Stufe 1 und 2, bei direktem Zugang zur Stufe 3 gilt die Summe aus Stufe 2 und 3						
	ET, LT, RT, UT, TT	MT, PT, VT	VT: WS	RT: FAW/FAC	RT: RS/DR	UT: PA/TOFD	UT: UTW
Stufe 1	7 Tage	3 Tage	-	-	-	-	4 Tage
Stufe 2	19 Tage	7 Tage	5 Tage	13 Tage	13 Tage	13 Tage	-
Stufe 3	38 Tage	26 Tage	-	-	-	-	-

Erfahrungszeit in Tagen: _____ Tage	Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers: _____
--	---