

1. Angaben zur / zum Antragsteller:in

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> divers	Titel	Telefon	
Nachname	Rechnungsanschrift, wenn von Ihrer Privatanschrift links abweichend (bspw. Firma, andere Person oder eine Zweitanschrift):		
Vorname	Rechnungs-empfänger:in (Firma, ggf. Abteilung)		
Geburtsdatum			
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.		
PLZ, Ort	PLZ, Ort		
Land	Land		
E-Mail	Rechnung per E-Mail an		
<small><input type="checkbox"/> Die Rechnungsanschrift entspricht nicht der Lieferanschrift für das Infoschreiben / Zertifikat.</small>			

2. Angaben zur angestrebten Zertifizierung

Ich beantrage die Zertifizierung für:

- Fachkundemodul Grundlagen der Haut und deren Anhangsgebilde (GLH)
- Fachkundemodul Optische Strahlung (OS) Fachkundemodul Ultraschall (US)
- Fachkundemodul EMF Kosmetik (EMK) Fachkundemodul EMF Stimulation (EMS)

3. Angaben zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen (Nachweise bitte beifügen.)

- EMS 1 (§ 7 Abs. 1):** Geeigneter Schulungsnachweis über die Absolvierung einer entsprechenden Schulung und Lizenz als Übungsleiter:in oder C-Trainer:in über mindestens 120 LE oder vergleichbare Ausbildung
- EMS 2 (§ 7 Abs. 2):** Geeigneter Schulungsnachweis über die Absolvierung einer entsprechenden Schulung
- GLH:** Geeigneter Schulungsnachweis über die Absolvierung einer entsprechenden Schulung
- EMK / OS / US / EMS 3 (§ 7 Abs. 3):** Geeigneter Schulungsnachweis über die Absolvierung einer entsprechenden Schulung und erfolgreich absolvierte Prüfung / Zertifizierung des Moduls GLH oder entsprechende Qualifikationen / berufliche Praxis im Kosmetikgewerbe gemäß Anlage 3 NiSV, Teil A, Punkt 3

4. DEKRA-Siegel

- Einwilligung zur Nutzung eines kostenpflichtigen DEKRA-Siegels (Kosten s. PZO)

5. Mitgeltende Dokumente / Erklärung

Es gelten folgende Dokumente der DEKRA Certification GmbH (DCG), die ich zur Kenntnis genommen habe und anerkenne:



- [Allgemeine Geschäftsbedingungen \(AGB\) \(D-030-18\)](#)
- [Allgemeine Zertifizierungsbedingungen \(AZB\) \(D-030-19\)](#)
- [Prüfungs- und Zertifizierungsordnung \(PZO\) für NiSV-Fachpersonal \(D-03S-51\)](#)
- [Datenschutzinformation \(D-250-03\)](#)

Ich **melde** mich mit meiner Unterschrift **verbindlich** zu der oben genannten Zertifizierung an.
Mir ist bekannt, dass für die Prüfung und Zertifizierung **Entgelte** gemäß der PZO für NiSV-Personal zu entrichten sind.
Bei einem begonnenen Zertifizierungsverfahren ist die Gebühr vollständig zu entrichten.
Ich **versichere**, dass alle geforderten und mit diesem Antrag eingereichten Unterlagen und Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.
Ich **informiere** die DCD umgehend, falls sich die oben gemachten Angaben vor Abschluss des Prüfungsverfahrens ändern.

Datum	Unterschrift Antragsteller:in
-------	-------------------------------

Bitte verwenden Sie eine eingescannte Unterschrift oder eine digitale Signatur.
Ihr „eingetippter“ Namenszug kann nicht als Unterschrift anerkannt werden!