

1. Angaben zur / zum Antragsteller:in

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> divers	<input type="text"/> Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/> Telefon	<input type="text"/>
<input type="text"/> Nachname	Rechnungsanschrift, wenn von Ihrer Privatanschrift links abweichend (bspw. Firma, andere Person oder eine Zweitanschrift):			
<input type="text"/> Vorname	Rechnungsempfänger:in (Firma, ggf. Abteilung)			
<input type="text"/> Geburtsdatum	Straße, Hausnr.			
<input type="text"/> Straße, Hausnr.	PLZ, Ort			
<input type="text"/> PLZ, Ort	Land			
<input type="text"/> Land	Rechnung per E-Mail an			
<input type="text"/> E-Mail				

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Antragsteller:in

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