

Antrag auf eine IPAF Powered Access Licence *(Vom Teilnehmer auszufüllen)*

Herr, Frau, Divers:	Vorname:	Nachname:
Strasse, Hausnr.:		
Postleitzahl, Ort:		
E-mail:	Telefon:	
PAL Card Nummer (falls vorhanden):	Geburtsdatum:	
IPAF ID:	eLearning-Belegnummer:	

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname:		
Adresse:	Postleitzahl:	
E-mail:	Telefon:	
Das gesamte E-Learning wurde von mir alleine durchgeführt <i>(bitte ankreuzen)</i> :	<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über die angemessene gesundheitliche Tauglichkeit für die zu unternehmende Aufgabe <i>(bitte ankreuzen)</i> :

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die IPAF Datenschutzrichtlinien zur Verfügung gestellt wurden und ich dieser zustimme.
Die Datenschutzrichtlinien von IPAF finden Sie auch unter www.ipaf.org/privacy*

Unterschrift des Teilnehmers:	Datum:
-------------------------------	--------