

| | |
|-------------|--|
| Name: | |
| Titel: | |
| Vorname: | |
| Straße: | |
| PLZ/Ort: | |
| Geb.-Datum: | |
| Geb.-Ort: | |
| Telefon: | |
| E-Mail: | |

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Prüfung am,
in an.

Prüfungsvoraussetzungen*:

- Abgeschlossene Berufsausbildung oder höherwertige Ausbildung
- Ersatzweise mindestens 5 Jahre Vollzeitbeschäftigung
- Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung in Vollzeit
- Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung in qualitätsbezogenen Tätigkeiten
- erfolgreicher Abschluss eines QB-Lehrganges mit mindestens 80 U.-Std

* Die Nachweise (Arbeitsbescheinigungen, Zertifikate, etc) sind beizulegen.

Mit dieser Anmeldung akzeptiere ich das Zertifizierungsverfahren für Personen, die Prüfungsordnung und die Gebührenordnung der WELL DONE Zertifizierungsgesellschaft mbH als Grundlage des Vertrags. Der Vertrag kommt mit der Anmeldebestätigung durch die WELL DONE Zertifizierungsgesellschaft mbH zu Stande.

Ort, Datum

Unterschrift:

Vollständigkeitsprüfung der WELL DONE: