

## Anmeldung als Praxispartner der Berufsakademie Wilhelmshaven

<b>Angaben zum Träger</b>	
Name des Trägers	
Name des Trägerverantwortlichen	
Adresse	
E-Mail-Adresse	
Telefon	

- Ich erkenne die Praxispartnerordnung als Grundlage der Zusammenarbeit an.
- Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung der Daten im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Berufsakademie Wilhelmshaven zu. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift Träger

### Veröffentlichung der Kontaktdaten auf der Homepage als Kooperationspartner

- Ich stimme einer Veröffentlichung der Kontaktdaten auf der Homepage der Berufsakademie Wilhelmshaven zu. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.
- Ich stimme einer Veröffentlichung des Logos auf der Homepage der Berufsakademie Wilhelmshaven zu. Dazu senden wir [nancy.mahnken@ba-whv.de](mailto:nancy.mahnken@ba-whv.de) eine entsprechende Datei zu.
- Es können die oben genannten Kontaktdaten verwendet werden.
- Es können andere, folgende Kontaktdaten verwendet werden:

<b>Kontakt Daten zur Veröffentlichung auf der Homepage der Berufsakademie</b>	
Ansprechpartner	
Adresse	
E-Mail-Adresse	
Telefon	

---

Ort, Datum, Unterschrift Träger

Gemäß § 10 der Grundordnung der Berufsakademie Wilhelmshaven setzt sich der Beirat der Berufsakademie Wilhelmshaven aus je einem/r namentlich benannten Vertreter/in der aktuell an der Praxisausbildung beteiligten Praxispartner zusammen.

- Ich entsende eine/n namentlich benannten Vertreter/in in den Beirat der Berufsakademie Wilhelmshaven.

### Beteiligung am Beirat

Gemäß § 10 der Grundordnung der Berufsakademie Wilhelmshaven setzt sich der Beirat der Berufsakademie Wilhelmshaven aus je einem/r namentlich benannten Vertreter/in der aktuell an der Praxisausbildung beteiligten Praxispartner zusammen.

- Ich entsende eine/n namentlich benannten Vertreter/in in den Beirat der Berufsakademie Wilhelmshaven.

<b>Trägervertreter/in für den Beirat</b>	
Name	
Adresse	
E-Mail-Adresse	
Telefon	

---

Ort, Datum, Unterschrift Träger

- Ich stimme der Entsendung in den Beirat zu.
- Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung der Daten im Rahmen der Zusammenarbeit zu.
- Mein Name darf im Rahmen der Beiratsarbeit, z. B. auf der Homepage der Berufsakademie Wilhelmshaven veröffentlicht werden.
- Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverarbeitung und -speicherung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift Trägervorteiler/in für den Beirat