Industrie- und Handelskammer
Stade für den Elbe-Weser-Raum

Bitte Rückseite beachten

Erklärung

über die Erfüllung der Weiterbildungsverpflichtung
nach § 34d Absatz 9 Satz 2 GewO i.V.m. § 7 Absatz 1 VersVermV
für das Jahr _____

(Rücksendung bitte per E-Mail an weiterbildung-versicherungsvermittler@stade.ihk.de)

D-
Registrierungsnummer (bitte ergänzen)

Name, Vorname, Geb.-Datum, ggf. Unternehmensbezeichnung der/des Gewerbetreibenden

Bei juristischen Personen: Name, Vorname, Geb.-Datum des gesetzlichen Vertreters

Straße, Hausnummer

Telefon (für Rückfragen)

PLZ, Ort

E-Mail (für Rückfragen)

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme(n)

Datum	Inhalt	Umfang in Zeitstunden (h,min)	Weiterbildungsanbieter

Sollte die Zeilenanzahl nicht ausreichend sein, verwenden Sie bitte ein weiteres Beiblatt oder Formular und senden beide per E-Mail an weiterbildung-versicherungsvermittler@stade.ihk.de

Ich bestätige, dass die nach § 34d Absatz 9 Satz 2 GewO bestehende Verpflichtung zur Weiterbildung eingehalten worden ist.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Gewerbetreibenden

Die von Ihnen hier angegebenen Daten werden von der IHK Stade nur im Rahmen ihrer Tätigkeit als Aufsichtsbehörde nach §§ 34c bis 34i GewO verarbeitet. Details dazu und zu Ihren Rechten finden Sie unter https://www.stade.ihk24.de/servicemarken/wir_ueber_uns/pflichtinformationen-anch-dsgvo/4073488

Formular für Beschäftigte: s. Rückseite →

Industrie- und Handelskammer
Stade für den Elbe-Weser-Raum

Erklärung für jeden vermittelnden Beschäftigten einzeln ausfüllen

Erklärung

der/des Gewerbetreibenden über die Erfüllung der Weiterbildungsverpflichtung der **„unmittelbar bei der Vermittlung oder Beratung Beschäftigten“** nach § 34d Absatz 9 Satz 2 GewO i.V.m. § 7 Absatz 1 VersVermV für das Jahr _____

_____

Name, Vorname der/des Gewerbetreibenden

_____

Name, Vorname, Geb.-Datum der/des Beschäftigten (bitte für jeden Beschäftigten eine eigene Erklärung verwenden)

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme(n)

Datum	Inhalt	Umfang in Zeitstunden (h, min)	Weiterbildungsanbieter

Sollte die Zeilenanzahl nicht ausreichend sein, verwenden Sie bitte ein weiteres Beiblatt oder Formular und senden beide per E-Mail an weiterbildung-versicherungsvermittler@stade.ihk.de

Ich bestätige, dass die nach § 34d Absatz 9 Satz 2 GewO bestehende Verpflichtung zur Weiterbildung eingehalten worden ist.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Gewerbetreibenden

Die von Ihnen hier angegebenen Daten werden von der IHK Stade nur im Rahmen ihrer Tätigkeit als Aufsichtsbehörde nach §§ 34c bis 34i GewO verarbeitet. Details dazu und zu Ihren Rechten finden Sie unter https://www.stade.ihk24.de/servicemarken/wir_ueber_uns/pflichtinformationen-anch-dsgvo/4073488