



qualityaustria

Erfolg mit Qualität

Antrag zur Zertifizierung – Best Health Austria Expert

Antrag zur Zertifizierung Best Health Austria Expert

Für die Zulassung zur Zertifizierungsprüfung „Best Health Austria Expert“ sind im Zertifizierungsprogramm Zugangsvoraussetzungen definiert. Wir ersuchen Sie, die geforderten Daten in diesem Formular einzutragen, die Nachweise in Kopie beizulegen und bis spätestens 1 Tag vor der Prüfung an die Quality Austria zu retournieren oder bei der Prüfung dem Prüfer zu übergeben. **Dieser Antrag bildet neben der bestandenen Prüfung die Grundlage zur Ausstellung des/r Zertifikates/e. Bei Nichteinreichen des Antrags bzw. bei unzureichenden Praxisnachweisen wird das/die Zertifikat/e mit dem Status Anwärter ausgestellt.**

Bitte retournieren Sie den vollständig ausgefüllten Antrag per Post, Fax oder E-Mail an:

Quality Austria
Trainings, Zertifizierungs und Begutachtungs GmbH
z.H. Frau Petra Astleitner
Am Winterhafen 1
A-4020 Linz
Fax: (+43 732) 34 23 23
Tel: (+43 732) 34 23 22-19
petra.astleitner@qualityaustria.com

1. NAME, E-MAIL-ADRESSE

Nachname:

Vorname:

Titel:

E-Mail:

2. ANGESTREBTES ZERTIFIKAT

	Anforderung	Geplanter Prüfungstermin
<input type="checkbox"/>	Teilnahme am Lehrgang Best Health Austria Expert	
<input type="checkbox"/>	Gültiges Zertifikat Best Health Austria Advancer ¹	
<input type="checkbox"/>	Gültiges Zertifikat Best Health Austria Professional ¹	
<input type="checkbox"/>	Gültiges Zertifikat Best Health Austria Specialist ¹	
<input type="checkbox"/>	Anerkennung einer gleichwertigen Ausbildung	

¹ Im Falle einer **qualityaustria** Ausbildung ist die Anmerkung „**qualityaustria**-Zertifikat“ ausreichend. Die entsprechenden Nachweise werden von der Zertifizierungsstelle beigelegt.

3. ANFORDERUNGEN AN DIE BERUFSERFAHRUNG UND BERUFSAUSBILDUNG

	Best Health Austria Expert	Anforderung erfüllt	Nachweise nur bei „Anforderung erfüllt“
Praxisnachweis	Schriftlicher Praxisnachweis über 4 Jahre Berufserfahrung im gesundheitstouristischen Bereich (eine mindestens 8-jährige Berufspraxis kann als gleichwertig angerechnet werden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Begutachtungen	5 durchgeführte oder begleitete Begutachtungen (Audits) von gesundheitstouristischen Einrichtungen Erforderliche Angaben: Angaben zu Auditdatum, Anzahl der Audittage, Firma/Bereich, Normen/Regelwerke zB durch Auditpläne, Deckblatt Auditberichte, Bestätigung Arbeitgeber; Bei mangelnder Auditpraxis empfehlen wir den Besuch des Seminars „Auditieren in der Praxis“.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben. Die Nachweise sind in Kopie diesem Schreiben beigelegt.

Ort **Datum** **Unterschrift**