

## KURSAUSCHREIBUNG UND ANMELDEDETAILON

### VTE 10 B - Kurs 11-2024

nach BAV gestützt auf die Artikel 6, 8 Absatz 5 und 9 Absätze 3 und 4 der Verordnung vom 4. November 2009<sup>1</sup> über die sicherheitsrelevanten Tätigkeiten im Eisenbahnbereich (STEBV)

- KURSORT: BERN / WANKDORF – Papiermühlestrasse 140, 3063 Ittigen -> Rest. Bellevue
- KURSDATUM: Kurs **D 11** Deutsch 11.11. – 12.11.2024, Mo - Mi 08:00-12:00 / 13:15-17:00  
Kurs **D 11.1** Deutsch 12.11. – 13.11.2024, Di - Mi 08:00-12:00 / 13:15-17:00
- KURSKOSTEN: 1960.- CHF netto exkl. MwSt. / Person  
- **VTE 10 B** – Kurs Erstausbildung (Wiederholungskurs vergünstigt 1590.- CHF)  
- Ausweis  
- Kurslokal inkl. Verpflegung (inkl. Mittagessen) und Parkplatz  
- Hotel Übernachtung vergünstigt und BAV ärztliche Untersuchung (optional zusätzlich)
- AUFLAGEN: - Bestandene medizinische Tauglichkeitsuntersuchung bei Vertrauensarzt BAV AV1  
diese Untersuchung kann auch als Zusatz gleichzeitig mit dem Kurs gebucht werden.  
**Achtung! vergessen Sie nicht, Maschinisten ab 50 Jahre benötigen alle 3 Jahre eine Wiederholung der medizinischen Tauglichkeit.**  
- Ausweis ID oder Pass  
- Sicherheitskleider SBB Standard sind für den Kurs mitzunehmen für den Praxisteil

**Kursbedingungen:** Der Teilnehmer verpflichtet sich den Unterricht vollständig und aufmerksam zu besuchen, die Kurskosten von 1950.- Netto exkl. werden der Firma des Teilnehmers nach Eingang der Anmeldung in Rechnung gestellt. Der Konsum von Alkohol oder anderen Rauschmitteln ist während der ganzen Kurszeit untersagt. Die Teilnehmerzahl ist auf 8 Teilnehmer pro Kurs beschränkt. Die Zusatzleistungen wie Übernachtung und Arztbesuch, werden nach Aufwand in Rechnung gestellt.

#### ANMELDEDATEN:

VORNAME/NAME: \_\_\_\_\_ (Details Seite2)

FIRMA: \_\_\_\_\_

ADRESSE FIRMA: \_\_\_\_\_

Ich nehme am Kurs:  **D11Basiskurs**  **D 11.1 Wiederholungskurs** teil

ich habe die Kursbedingungen verstanden und nehme verbindlich am Kurs teil

ich benötige eine Hotelübernachtung

ich benötige gegen Aufpreis die BAV Vertrauensärztliche medizinische Tauglichkeitsuntersuchung

ich habe meine persönlichen Angaben (Seite2) wahrheitsgetreu ausgefüllt und gebe die Rechte der Datennutzung frei

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Firmenstempel

Firma: \_\_\_\_\_

**TEILNEHMERDATEN**

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Privatadresse: \_\_\_\_\_

Private Telefonnummer (Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse (Privat): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Arbeitgeberadresse: \_\_\_\_\_

Geschäftliche Telefonnummer (Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse (Geschäft): \_\_\_\_\_

Ich habe die Angaben richtig angegeben und gebe die Rechte der Datennutzung frei.

ORT / DATUM:

UNTERSCHRIFT:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_