

## Erklärung über die Erfüllung der Weiterbildungsverpflichtung nach § 34 d Abs. 9 S. 2 GewO i.V.m. § 7 Abs. 1 VersVermV

Bitte nutzen Sie das Formular nur nach Aufforderung der IHK Dresden!

Erklärung für das Jahr:

Daten des Erlaubnisinhaber nach § 34d GewO (Gewerbetreibender/ gesetzl. Vertreter)

Vorname:

Name:

IHK-Ident-Nr. (soweit vorhanden):

Registernummer:

Firma (laut HR):

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

**Weiterbildungsmaßnahme**

Weiterbildungsanbieter:

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme:

Inhalt:

Datum:

Umfang (Zeitstunden):

Wer wurde weitergebildet? Gewerbetreibender/gesetzl.  
Vertreter:

Mitarbeiter (Name, Vorname):

**Weiterbildungsmaßnahme**

Weiterbildungsanbieter:

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme:

Inhalt:

Datum:

Umfang (Zeitstunden):

Wer wurde weitergebildet? Gewerbetreibender/gesetzl.  
Vertreter:

Mitarbeiter (Name, Vorname):

Diese Erklärung enthält neben den hier gemachten Angaben zusätzlich \_\_\_\_\_ Anlagen.

Hiermit wird bestätigt, dass für den/die genannte/n Mitarbeiter die nach § 34d Abs. 9 S. 2 GewO i.V.m. § 7 Abs. 1 VersVermV bestehende Verpflichtung zur Weiterbildung eingehalten worden ist.

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---

### **Datenschutzrechtlicher Hinweis**

Die Angabe der personenbezogenen Daten ist zur Bearbeitung Ihrer Erklärung erforderlich. Die Verarbeitung erfolgt gemäß § 34d Abs. 9 S. 2 GewO i.V.m. § 7 Abs. 1 VersVermV, um die Einhaltung Ihrer Weiterbildungspflicht zu prüfen.

Die Daten zur Weiterbildung werden 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Tätigkeit als Versicherungsvermittler gelöscht.

Die umfassende Datenschutzerklärung der IHK Dresden finden Sie unter <https://www.dresden.ihk.de/datenschutz>.

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---

Anlage:

---

---

**Weiterbildungsmaßnahme**

Weiterbildungsanbieter:

---

---

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme:

---

---

Inhalt:

---

---

Datum:

---

---

Umfang (Zeitstunden):

---

---

Wer wurde weitergebildet? Gewerbetreibender/gesetzl. Vertreter:

---

---

Mitarbeiter (Name, Vorname):

---

---

**Weiterbildungsmaßnahme**

Weiterbildungsanbieter:

---

---

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme:

---

---

Inhalt:

---

---

Datum:

---

---

Umfang (Zeitstunden):

---

---

Wer wurde weitergebildet? Gewerbetreibender/gesetzl. Vertreter:

---

---

Mitarbeiter (Name, Vorname):

---

---

**Weiterbildungsmaßnahme**

Weiterbildungsanbieter:

---

---

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme:

---

---

Inhalt:

---

---

Datum:

---

---

Umfang (Zeitstunden):

---

---

Wer wurde weitergebildet? Gewerbetreibender/gesetzl. Vertreter:

---

---

Mitarbeiter (Name, Vorname):

---

---