

2. Fragebogen zur Teilnahme am Ausbildungsprogramm „Wealth Management“

1. Kursteilnehmer

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Akad. Grad/Titel:
 Firma/Institut: seit:
 Abteilung: Position:
Geschäftsadresse: *Privatadresse:*

 Telefon: Telefon:
 Fax: Fax:
 E-Mail: E-Mail:

Zukünftige Korrespondenz bitte an die Geschäftsadresse Privatadresse

2. Einschlägige Berufserfahrung insgesamt: _____ Jahre

3. Tätigkeitsklassifizierung: (bitte ☒)

Banker <input type="checkbox"/> Kundenbetreuer Retail <input type="checkbox"/> Kundenbetreuer Firmen <input type="checkbox"/> Produkt-Spezialist <input type="checkbox"/> Altersvorsorge-Spezialist <input type="checkbox"/> Vermögensverwalter, Wealth Manager <input type="checkbox"/> Private Banker <input type="checkbox"/> andere Banker Berater/Consultant <input type="checkbox"/> Asset Management <input type="checkbox"/> Unternehmensberatung <input type="checkbox"/> Anlageberater <input type="checkbox"/> Versicherungsberater <input type="checkbox"/> Altersvorsorge-Berater <input type="checkbox"/> sonstiger Finanzberater <input type="checkbox"/> andere Berater	Asset Manager <input type="checkbox"/> Portfolio Manager <input type="checkbox"/> Portfolio Strategie, Asset Allocation <input type="checkbox"/> Kundenbetreuer Retail <input type="checkbox"/> Kundenbetreuer Firmen <input type="checkbox"/> Produkt-Spezialist <input type="checkbox"/> Altersvorsorge-Spezialist <input type="checkbox"/> Vermögensverwalter, Wealth Manager <input type="checkbox"/> Family Office <input type="checkbox"/> Stiftungen <input type="checkbox"/> Performancemessung <input type="checkbox"/> RfP, Consultant-Betreuung <input type="checkbox"/> andere Asset Manager	Versicherung/Versorgungswerk <input type="checkbox"/> Portfolio Manager <input type="checkbox"/> Strategie, Asset Allocation, ALM <input type="checkbox"/> Altersvorsorge-Spezialist <input type="checkbox"/> andere Mitarbeiter Versicherung/ Versorgungswerk Weitere Experten <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsprüfer <input type="checkbox"/> Finanzjournalist <input type="checkbox"/> Hochschuldozent <input type="checkbox"/> Lehrtätiger <input type="checkbox"/> Vertreter von Aufsichtsbehörden <input type="checkbox"/> Vertreter von Ministerien <input type="checkbox"/> Vertreter von Verbänden <input type="checkbox"/> Makler <input type="checkbox"/> andere Experte
Position: (bitte ☒)		
<input type="checkbox"/> CEO <input type="checkbox"/> CFO <input type="checkbox"/> Vorstand <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/Managing Director	<input type="checkbox"/> Generalbevollmächtigter <input type="checkbox"/> Direktor <input type="checkbox"/> Bereichsleiter <input type="checkbox"/> Abteilungsleiter	<input type="checkbox"/> Gruppen-/Teamleiter <input type="checkbox"/> Sachbearbeiter <input type="checkbox"/> Prokurist <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sonstige

4. Berufserfahrung:

Zeit Von	bis	Position Leitungs-/Führungsebene	Spezifikation Ihrer Tätigkeit	Arbeitgeber
		<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> nein		

5. Ausbildung:

<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> Fachhochschule	<input type="checkbox"/> Berufsakademie		
	Akademischer Titel	Jahr	Institution	Ort
Fachbereich				
Schwerpunktfächer				
Sonstige				
Andere Ausbildung:				
	Typ	Jahr	Institution	Ort
Lehre				
Allgemeine Hochschulreife				
Sonstige				

6. Wie wurden Sie auf das DVFA-Ausbildungsprogramm aufmerksam?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von Absolventen | <input type="checkbox"/> DVFA-Newsletter |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von Kollegen/Bekanntem | <input type="checkbox"/> DVFA-Homepage |
| Empfehlung des Arbeitgebers | DVFA-Mailing |
| <input type="checkbox"/> Fachabteilung | <input type="checkbox"/> per Post |
| <input type="checkbox"/> Personalabteilung | <input type="checkbox"/> per E-Mail |
| <input type="checkbox"/> Zeitung/Presse – Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

7. Datenschutz

Die DVFA wird zum Zwecke der Bearbeitung der Anmeldung Ihre Daten speichern, auswerten und gegebenenfalls zwecks Vertragsvollziehung an Dritte weitergeben. Ferner möchten die DVFA und Dritte, die ähnliche Veranstaltungen anbieten, Ihnen Informationen über weitere interessante Veranstaltungen zusenden. Sollten Sie mit der Zusendung dieser Informationen nicht einverstanden sein, können Sie dem jederzeit widersprechen. Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ferner damit einverstanden, daß die DVFA auf Anfrage des Arbeitgebers die Klausurergebnisse an diesen weitergibt.

Mit meiner Anmeldung erkenne ich die Allgemeinen Teilnahmebedingungen der DVFA zur Teilnahme an Aus- und Fortbildungsprogrammen vom August 2007 ausdrücklich an.

Ich versichere, alle vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben

Ort, Datum

Unterschrift