Zertifizierung Kundenberater Bank

**Bestätigung Arbeitgeber Re-Zertifizierung**

Die nachfolgenden Angaben sind durch den/die Kundenberater/in auszufüllen.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Voraussetzungen zur Re-Zertifizierung erfülle:

Anforderungen gemäss Prüfungsreglement:

[ ]  bei einem Finanzinstitut beschäftigt sein

[ ]  über ein Kundenbuch verfügen oder daran beteiligt sein bzw. als Spezialist eigenständig für Kunden arbeiten und mit ihnen im direkten Kontakt stehen. Dies bedeutet eigenständig oder im Team die Verantwortung für die Beratung von Kunden zu tragen und mit ihnen im direkten Kontakt zu stehen.

[ ]  über eine für das Programm gültige Rolle verfügen (gem. definiertem Rollenschlüssel des Prüfungsanbieters)

[ ]  alle erforderlichen Re-zertifizierungsmassnahmen erbracht haben (bitte Massnahmen mit Zusatzdokument «Beilage 1 Nachweis Massnahmen Privatpersonen» einreichen.)

Name und Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht [ ] männlich [ ] weiblich

Privatadresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funktionsbezeichnung/Rolle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Details auf Homepage)

Zertifizierungsprogramm [ ]  Privatkundenberater [ ]  Individualkundenberater

Kundenberater Bank [ ]  KMU Kundenberater [ ]  Corporate Banker CCoB
(NUR 1 Programm wählen) [ ]  Affluent Kundenberater [ ]  Wealth Management Advisor CWMA

Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktperson/Vorgesetzter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ort** | **Datum** | **Unterschrift** |
| Kandidat/in |  |  |  |
| Arbeitgeber(nur gültig mit Stempel) |  |  |  |

Mit der Unterzeichnung erklärt die/der Unterzeichnende:

* dass sie/er das Prüfungsreglement anerkennt;
* dass die gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind;

|  |
| --- |
| **Von der Zertifizierungsstelle auszufüllen** |
| Zuständige Person | Datum | Visum |