

Kundeninformation/Datenerklärung

Zertifizierung Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“



ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation
[]

Institutionskennzeichen [] *Art der Einrichtung*
 ambulant *stationär*

Straße
[]

PLZ [] *Ort* []

KONTAKT

Benennen Sie uns bitte eine/n Ansprechpartner/in in Ihrer Einrichtung und teilen Sie uns ihre/seine Funktion und Kontaktdaten mit.

Ansprechpartner [] *Funktion* []

Telefon [] *Telefax* []

E-Mail []

ZERTIFIZIERUNG

Vorgesehener Zertifizierungstermin [] *Im Fall einer Rezertifizierung: Wievielte Zertifizierung?* []

Zertifizierungszyklus [] *Zertifikat ist gültig bis* []

Erstzertifizierung *Rezertifizierung*

ANGABEN ZUR KLINIK

Indikationsbereiche [] *Indikationsbereiche* []

Kundeninformation / Datenerklärung Gütesiegel Med. Rehabilitation KGSH e.V. – Dokument Nr. B01-4 – Rev.3/ 10.04.2018



Kundeninformation/Datenerklärung

Zertifizierung Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“



ANGABEN ZUR KLINIK

– Weitere Fachabteilungen bitten wir auf einem separatem Blatt aufzulisten. –
Anzahl der Betten in der Klinik

IHRE MITTEILUNG

Nutzen Sie dieses Feld für ergänzende Angaben und Mitteilungen

ERKLÄRUNG

Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Vollständigkeits-/Richtigkeitserklärung

- Ich versichere, dass meine oben angegebenen Informationen vollständig und richtig sind.
- Die Nutzungsbedingungen und die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und akzeptiere sie.
- In die Verarbeitung der angegebenen Daten willige ich ein.**

Ort, Datum

Unterschrift

