



Kundeninformation/Datenerklärung DIN EN ISO 9001 / DEGEMED/FVS-Soziotherapie

ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation

Straße

PLZ

Ort

Dienstleistungen (zu zertifizierende Bereiche)

Anzahl Mitarbeiter

Institutionskennzeichen

Anzahl Vollzeitkräfte (inkl. Schicht- und Teilzeitkräfte,
Leiharbeiter, Personal über Gestellungsverträge etc.
auf VK umgerechnet)

Schichtdienst (ja / nein)

Anzahl Auszubildende

Ausgegliederte Leistungsprozesse (z.B. Pathologie,
Küche, EDV, ZSVA, etc.)

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

DOKUMENTATION

Bitte teilen Sie uns mit, ob eine Dokumentation zur Verfügung steht.

Eine Dokumentation ist

- vorhanden in Arbeit nicht vorhanden



Kundeninformation/Datenerklärung DIN EN ISO 9001 / DEGEMED/FVS-Soziotherapie

ZERTIFIZIERUNG

Gewünschtes Verfahren

- DIN EN ISO 9001
- DEGEMED
- DEGEMED/FVS
- DEGEMED/FVS-Soziotherapie
- Zusatzzertifikat „Exzellente Patientenschulung“
- Qualifiziertes Schmerzmanagement

Zertifizierungszyklus

- Erstzertifizierung
- Rezertifizierung

Im Fall einer Rezertifizierung:
Wievielte Rezertifizierung?

Im Fall einer Zertifikatsübernahme: Von welcher
Zertifizierungsstelle stammt das Zertifikat?

Zertifikat ist gültig bis

IHR ANLIEGEN

Teilen Sie uns mit, was Sie wünschen:

- ein Neuangebot
- eine Angebotsrevision
- allgemeine Informationen

Ist Ihre Einrichtung an mehreren Standorten ansässig? Ja Nein

Wenn ja:

STANDORT A

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT B

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT C

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT D

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen



Kundeninformation/Datenerklärung DIN EN ISO 9001 / DEGEMED/FVS-Soziotherapie

IHR ANLIEGEN

STANDORT E

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT F

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

Weitere Standorte bitten wir auf einem separaten Blatt anzugeben.

IHRE MITTEILUNG

Nutzen Sie dieses Feld für ergänzende Angaben und Mitteilungen

ERKLÄRUNG

Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Hatten Sie eine Beratung, wenn ja durch wen?

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