

## Kundeninformation/Datenerklärung DIN EN ISO 9001 / DEGEMED/FVS



### 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. 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

### 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

### 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

[Empty text area for customer communication]

### ERKLÄRUNG

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

[Empty text area for contact information]

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

[Empty text area for location and date]

[Empty text area for signature]