

Kundeninformation/Datenerklärung
DGHO-Zertifizierungen
Onkologische Zentren / Studienzentren



ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation

Straße

PLZ

Ort

Dienstleistungen (zu zertifizierende Bereiche)

Anzahl Mitarbeiter

Schichtdienst (ja / nein)

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

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

Anzahl Auszubildende

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

DGHO-Zertifizierungen

Onkologische Zentren / Studienzentren



ZERTIFIZIERUNG

Gewünschtes Verfahren

- DIN EN ISO 9001
- angelehnt an DIN EN ISO 9001
- Onkologische Zentren
- Studienzentren
- 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
DGHO-Zertifizierungen
Onkologische Zentren / Studienzentren



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 additional information]

ERKLÄRUNG

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

[Empty text area for response]

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]