

## Kundeninformation/Datenerklärung Zertifizierung DIN EN ISO 9001/RehaSpect



### ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation

Institutionskennzeichen

Art der Einrichtung

ambulant  stationär

Straße

PLZ

Ort

Anzahl Mitarbeiter

Institutionskennzeichen

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

### 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

Erstzertifizierung  Rezertifizierung

Zertifikat ist gültig bis



## Kundeninformation/Datenerklärung Zertifizierung DIN EN ISO 9001/RehaSpect

### ANGABEN ZUR KLINIK

Indikationsbereiche

Indikationsbereiche

– 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