

Zusage der Stätte der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz zum Antrag auf Aufnahme in das Programm

Angaben zum Antragsteller:

Frau

Herr

Titel

Vorname

Name

Geburtsdag

Geburtsort / Geburtsland (falls nicht Deutschland)

Position

E-Mail

Telefon (Festnetz / mobil)

Angaben zur Stätte der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz:

Name der Klinik / des Krankenhauses

Abteilung / Institut

Anschrift der Klinik / des Krankenhauses

PLZ und Ort

Angaben zum Leiter der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz:

Frau

Herr

Titel

Vorname

Name

E-Mail

Telefon (Festnetz / mobil)

Mit der Aufnahme des o. g. Kandidaten in das Programm der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz* an der o. g. Klinik / dem o. g. Krankenhaus bin ich einverstanden.

Ich versichere, dass ich in Vollzeit an der Stätte der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz* tätig bin und über die persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation für die von dem Antragsteller angestrebten Module verfüge.

Datum der Anerkennung: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*