|  |  |
| --- | --- |
| Institutionskennzeichen | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name des Krankenhauses | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postalische Anschrift | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartner 1** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefax | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartner 2**, optional | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefax | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Zutreffendes bitte ankreuzen | Erstmeldung (bisher keine Ansprechpartner benannt)  Änderungsmeldung (ersetzt vorherige Ansprechpartner)  Änderungsmeldung (Zusätzlicher Ansprechpartner) |

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Ort und Datum

Firmenstempel

|  |
| --- |
|  |

Unterschrift der Geschäftsführung

(Nur gültig mit rechtswirksamer Unterschrift und Firmenstempel)

Name der Geschäftsführung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.