



Einverständniserklärung der Stätte der Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie

	Einverständniserklärung der Stätte	
	Angaben zum Antragsteller*	
a)	Anrede	Frau Herr ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Nachname	
d)	Geburtsdatum	
	Angaben zu der Stätte der Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie	
a)	Name der Klinik / des Krankenhauses	
b)	Abteilung / Institut	
c)	Anschrift der Klinik / des Krankenhauses	
d)	PLZ und Ort	

Alle mit einem * markierten Felder müssen für eine Zertifizierung positiv erfüllt werden.

Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

e)	Datum der Anerkennung als Stätte der Zusatzqualifikation	
	Angaben zum Leiter der Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie	
a)	Anrede	Frau Herr ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
	optional: Angaben zum stellv. Leiter der Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie	
a)	Anrede	Frau Herr ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	

Mit der Aufnahme des oben genannten Kandidaten in das Programm der *Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie* an der oben genannten Klinik/interventionellen Einheit bin ich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO für Antragsteller in Zertifizierungsverfahren und Anerkennungsverfahren im Rahmen von Zusatzqualifikationen der DGK zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Name und Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation
(Interventionelle Kardiologie)