



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Einverständnis der Stätte der Zusatzqualifikation

Kardiovaskuläre Schlafmedizin (SM)

Einverständniserklärung der Stätte*	
Angaben zum Antragsteller	
a)	Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Anrede
b)	Titel
c)	Vorname, Nachname
d)	Geburtsdatum
e)	Beantragte Stufe Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3
Angaben zu der Stätte der Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin	
a)	Name der Klinik / des Krankenhauses
b)	Abteilung / Institut
c)	Anschrift der Klinik / des Krankenhauses, PLZ und Ort
d)	Datum der Anerkennung als Stätte der Zusatzqualifikation

*Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

**Angaben zum Leiter der
Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin**

a)	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	

Mit der Aufnahme des oben genannten Kandidaten in das Programm der Zusatzqualifikation Schlafmedizin an der oben genannten Klinik 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
(SM)