



DGK.

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

**Einverständnis der Stätte der Zusatzqualifikation
Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin (K-IN)**

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	
Angaben zu der Stätte der Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin (K-IN)		
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	
Angaben zum Leiter der Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin		
a)	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Anrede
b)	Titel	

*Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
optional: Angaben zum stellv. Leiter der Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin		
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 Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin (K-IN)* 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 (K-IN)