|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: |  |
| Standort: |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung der Einrichtung | Ansprechpartner (falls abweichend) |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| E-Mail |  |  |

**Bitte senden Sie uns eine unverbindliche Aufwandskalkulation für die folgenden Verfahren:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Zertifizierung zur Weiterbildungsstätte für **Dialyse-Fachangestellte DGfN** | |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Zertifizierung zur Weiterbildungsstätte für **Dialyseassistenz DGfN** | |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Die im jeweiligen Erhebungsbogen für Weiterbildungsstätten DGfN definierten Anforderungen werden erfüllt.** |
|  |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (anfragende Einrichtung) |