|  |  |
| --- | --- |
| Anfragendes Zentrum: |  |
| Klinikum/Unternehmen: |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ärztliche Leitung | QMB | Ggf. weitere Ansprechperson |
| Titel, Name, Vorname |  |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |  |
| E-Mail |  |  |  |
| Ansprechpartner für ClarCert: | Bitte ankreuzen [ ]   | Bitte ankreuzen [ ]   | Bitte ankreuzen [ ]   |

 Angefragt wird die Zertifizierung als

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | NAMSE-Typ A Zentrum  |

Wurde die Einführung durch externe Stellen (Beratung) begleitet?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, ist die externe Stelle (Beratung) zur Kommunikation mit der ClarCert berechtigt und ist die ClarCert hinsichtlich der Vertraulichkeit mit der externen Stelle entbunden?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechperson, Tel.-Nr.: |  |

Wir nehmen den von Ihnen angegebenen Berater bis zu Ihrem Widerspruch in die Kommunikation auf.

|  |
| --- |
| Besteht eine aktuell gültige QM-Zertifizierung? \* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ISO 9001:2015 |  |  | Zertifikat liegt vor  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | KTQ |  |  | Zertifizierungsstelle beauftragt |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Sonstige  |  |  | Kein zertifiziertes QM |
|  |

\* zur Zertifizierung als zertifizierte Einrichtung nach den Anforderungen für ein NAMSE-Typ A Zentrum nicht zwingend erforderlich.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Zertifizierungsstelle |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des Zentrums:(bitte auf Kalenderwoche/Monatsebene konkretisieren) |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Verantwortliche Person (Unterschrift anfragendes Zentrum) |