

# Anmeldung T-Zertifikat

WHEN YOU NEED TO BE SURE



## Zertifikat für Outcome- Messung und Indikationsstellung in der medizinischen Qualitätssicherung

### Angaben zur zertifizierenden Einrichtung

Sind Sie bereits T-zertifiziert?

Meine Institution ist:

Ich beantrage:

	ja	nein
<input type="checkbox"/> Normale Klinik/Abteilung/Gruppenpraxis		
<input type="checkbox"/> Belegarzt in Einzelpraxis		
<input type="checkbox"/> Erst-Zertifizierung / Rezertifizierung		
<input type="checkbox"/> Jährliches Überwachungsaudit		

Name Einrichtung:

Abteilung:

Strasse:

PLZ/Ort:

Land:


### Angaben zum Antragsteller

Anrede / Titel

Name / Vorname

Funktion:

E-Mail:

Telefon:

Mobil:

-	-

### Angaben zur Zertifizierung

Bitte geben Sie drei Wunschtermine für eine mögliche Zertifizierung in Ihrem Hause an (mind. drei Monate in der Zukunft). Nach Koordinierung mit den Auditoren wird versucht, einem Ihrer genannten Termine zu entsprechen.

Wunschtermin 1.:

Wunschtermin 2.:

Wunschtermin 3.:


Ort/Datum:

Unterschrift:

**Bitte senden / faxen Sie diese Anmeldung an:**

SGS Société Générale de Surveillance SA  
Z.Hd. Frau Elvira Bieri  
Technoparkstrasse 1  
CH 8005 Zürich  
Telefon +41 44 445 16 80  
Fax +41 44 445 16 88  
Mail info@t-zertifikat.ch