**Antrag NATUM-Zertifizierung**

 ***Komplementärmedizinisch-onkologische Sprechstunde***

- Bitte per Post oder per Fax zurücksenden -

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezeichnung Klinik / Einrichtung** |       |
|  |       |
|  Leitung |       |
|  Anschrift (PLZ/Ort) |       |
|  E-Mail |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verantwortliche/r Ärztin/Arzt** |       |
|  Geburtsdatum |       |
|  E-Mail |       |
|  GGO-Zertifikat erworben am  |       |
|  Intensivkurs Komplementärmedizin Gyn. Onkologie besucht am |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Stellvertretende/r Ärztin/Arzt** |       |
|  Geburtsdatum |       |
|  E-Mail |       |
|  GGO-Zertifikat erworben am  |       |
|  Intensivkurs Komplementärmedizin Gyn. Onkologie besucht am |       |

**Wunschzeitraum für Audit** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefon-Nummer** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die gewünschten Bescheinigungen/Unterlagen sind in Kopie beigefügt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum Antragsteller (Druckbuchstaben) Antragsteller (Unterschrift)