**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)