



5848623

### I.6 / II.6 **Unterschriften**

Hiermit bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben aus der Strukturabfrage.

Konformitätserklärung zu Version  der Strukturabfrage

Standort-ID

Bitte nur die ersten 6 Stellen  
der Standort-ID angeben

Name				
in Druckbuchstaben				

Vorname				
in Druckbuchstaben				

Datum

--	--	--	--

Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
Ärztliche Leitung Neonatologie

\_\_\_\_\_  
Ärztliche Leitung Geburtshilfe

\_\_\_\_\_  
Pflegedirektion

\_\_\_\_\_  
Geschäftsführung/Verwaltungsdirektion