



6380747

I.6 / II.6 Unterschriften

Hiermit bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben aus 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