



15616750

III.4 Unterschriften

Hiermit bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben aus der Strukturabfrage.

Standort-ID

--	--	--	--	--	--

Bitte nur die ersten 6 Stellen
der Standort-ID angeben

Name in Druckbuchstaben			
----------------------------	--	--	--

Vorname in Druckbuchstaben			
-------------------------------	--	--	--

Datum			
-------	--	--	--

Unterschrift:

Leitung Kinderklinik

Leitung Frauenklinik

Geschäftsführung/Verwaltungsdirektion