



14341819

I.6 / II.6 Unterschriften

Hiermit bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben aus der Strukturabfrage.

Institutionskennzeichen

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

Standortnummer

--	--

Name

--	--	--	--

in Druckbuchstaben

Vorname

--	--	--	--

in Druckbuchstaben

Datum

_ _ . _ _ . _ _	_ _ . _ _ . _ _	_ _ . _ _ . _ _	_ _ . _ _ . _ _
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Unterschrift:

Ärztliche Leitung Neonatologie	Ärztliche Leitung Geburtshilfe	Pflegedirektion	Geschäftsführung/Verwaltungsdirektion
--------------------------------	--------------------------------	-----------------	---------------------------------------