

## **Zusage der Stätte der Zusatzqualifikation Kardiale Computertomographie zum Antrag auf Aufnahme in das Programm**

Angaben zum Antragsteller:

Frau                      Herr

\_\_\_\_\_

Titel

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Geburtstag

\_\_\_\_\_

Geburtsort

\_\_\_\_\_

Position

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Telefon

Angaben zur Stätte der Zusatzqualifikation Kardiale Computertomographie:

\_\_\_\_\_

Name der Klinik/des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

Abteilung/Institut

\_\_\_\_\_

Anschrift der Klinik/des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

PLZ und Ort

Angaben zum Leiter der Zusatzqualifikation Kardiale Computertomographie:

Frau                      Herr

\_\_\_\_\_

Titel

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Telefon

Mit der Aufnahme des o. g. Kandidaten in das Programm der *Zusatzqualifikation Kardiale Computertomographie* an der o. g. Klinik/dem o. g. Krankenhaus bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation Kardiale Computertomographie*