

Bitte zurücksenden, gerne per Fax: (030) 60984283  
oder via Mail an: [Christiane.Schneider@GKinD.de](mailto:Christiane.Schneider@GKinD.de)



## Anforderung „Muster für eine einfache verschriftlichte Vereinbarung zweier kooperierender Einrichtungen“

*(Wir haben dieses Verfahren gewählt, um Ihnen bei Änderungen oder Korrekturen unaufgefordert eine neue Fassung der Muster zukommen lassen zu können. Für eine Übermittlung der Word-Datei via Mail bitten wir um Angabe der Mailadresse.)*

<b>Name, Vorname Ansprechpartner/in</b>	<b>Krankenhaus</b>	
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>	<b>Straße</b>
<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>	

---

Datum, Stempel, Unterschrift