

Bitte zurücksenden, gerne per Fax: (030) 60984283
oder via Mail an: 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.)

| | | |
|---|--------------------|---------------|
| Name, Vorname Ansprechpartner/in | Krankenhaus | |
| | | |
| PLZ | Ort | Straße |
| | | |
| Telefon | E-Mail | |
| | | |

Datum, Stempel, Unterschrift