**Antrag auf Re-Zertifizierung als**

# „Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFL“

**durch die Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e.V. (DGFL) – Lipid-Liga**

## Hiermit beantragen wir:

| | |
|---|---|
| Antragsteller<br>(Name der med. Einrichtung) | |
| Straße und Hausnummer | |
| PLZ und Ort | |
| Ansprechpartner/in | |
| Registrierungs-Nr. bei der DGFL – Lipid-Liga e. V.<br>(siehe 1. Teilrechnung) | |
| Telefon-Nummer | |
| E-Mail-Adresse | |

die Teilnahme am Re-Zertifizierungsverfahren als „Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFL“ nach Maßgabe des bestehenden Zertifizierungsvertrags „Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFL“.

Unterschrift der Geschäftsführung der Antrag stellenden medizinischen Einrichtung

Ort, Datum | Unterschrift | Stempel

**BITTE SENDEN SIE DIESEN ANTRAG:**

per Post an: Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga
Kuhgasse 9 · 63571 Gelnhausen

oder per E-Mail an: info@lipid-liga.de
oder per Fax an: 06051/490 84 - 28