Antrag auf Re-Zertifizierung als

„Lipid-Ambulanz DGFL“

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



Hiermit beantragen wir:

Antragsteller
(Name der med. Einrichtung) _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Ansprechpartner/in _____

Registrierungs-Nr. bei der
DGFL – Lipid-Liga e. V.
(siehe 1. Teilrechnung) _____

Telefon-Nummer _____

E-Mail-Adresse _____

die Teilnahme am Re-Zertifizierungsverfahren als „Lipid-Ambulanz DGFL“ nach Maßgabe des bestehenden Zertifizierungsvertrags „Lipid-Ambulanz 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