

## ANGABEN ZUM ANTRAGSSTELLER

Name der Praxis:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Website:

## ANSPRECHPARTNER FÜR DEN ZERTIFIZIERUNGSPROZESS (FALLS VORHANDEN)

Name:

Position:

Tel.:

E-Mail:

## WICHTIGER HINWEIS

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit mit dem UMCH.

Damit sich Ihre Praxis an der Ausbildung von unseren Studierenden beteiligen kann, ist ein einfacher Zertifizierungsprozess notwendig. Dieser Vorgang soll sicherstellen, dass bestimmte Qualitätsstandards eingehalten werden.

Sollten Sie den Zertifizierungsprozess nach eingehender Beratung beantragen, können – je nach Typ und Größe der zu zertifizierenden Praxis – Kosten von bis zu 2500 € zzgl. Mehrwertsteuer entstehen.

Bei weiteren Fragen zu Zertifizierungsprozess oder eventuellen Kosten stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Durch Einreichen dieses Formulars beantragen wir eine Zertifizierung als Lehrpraxis des UMCH.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an [lehrpraxis@edu.umch.de](mailto:lehrpraxis@edu.umch.de) oder per Fax an **+49 (0) 40 2093485-09**.

Nach Einreichen des Formulars wird sich der UMCH-Lehrkrankenhauskoordinator zwecks Terminfindung mit Ihnen in Verbindung setzen.