

Anlage 1: Weitere Konsilsteller

Für jeden weiteren Konsilsteller in Erweiterung zum Teleneurophysiologie-Netzwerk

bitte eintragen: Name des Teleneurophysiologischen Netzwerkes

ist dieses separate Formblatt digital auszufüllen und einzureichen an zertifikate@dgkn.de.

Konsilsteller (Institution/ Klink/ Praxis)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als **Konsilsteller** beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Mit Unterschrift werden die im Antrag und in der Richtlinie formulierten Bedingungen akzeptiert und die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Bestätigung des Konsilstellers

Datum

Unterschrift/Stempel