

Titel Antragsteller*in

Name Vorname Antragsteller*in

Hiermit versichere ich, dass mir zu den für die Erlangung/Verlängerung der DEGUM-Zertifizierung vorgelegten Befunden, die schriftlichen Einwilligungen zur Weitergabe der Daten aller betreffenden Patient*innen lückenlos vorliegen.

(Dieses Dokument ist im Original vorzulegen)

Ort Datum

Unterschrift