

Ansprechpartner QS-Portal Sachsen

Krankenhaus:	_____
IK-StandortID:	_____
Ansprechpartner: (Titel, Vorname, Nachname)	_____
Stellung:	_____
Telefon:	_____
E-Mail: (zur Anmeldung am QS-Portal)	_____
2. Ansprechpartner (Vertretung): (Titel, Vorname, Nachname)	_____
Stellung:	_____
Telefon:	_____
E-Mail: (zur Anmeldung am QS-Portal)	_____

Wenn weitere Mitarbeiter Ihrer Einrichtung einen Zugang zum QS-Portal erhalten sollen, teilen Sie uns diese bitte auf einem separaten Schreiben mit.

Bestätigt:

(Datum, Stempel, Unterschrift der Krankenhausleitung)

Bitte zurücksenden an: LAG Sachsen – Geschäftsstelle
c/o Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
E-Mail: mail@qs-sachsen.de