

DMSG

DEUTSCHE MULTIPLE SKLEROSE GESELLSCHAFT
BUNDESVERBAND E.V., KÜSTERSTRASSE 8, 30519 HANNOVER
TEL: 0511 96834-0 • FAX: 0511 96834-50 • E-MAIL: DMSG@DMSG.DE

Antragsformular

Zertifikat „Anerkanntes MS-Zentrum“

nach den Anerkennungskriterien der DMSG, Bundesverband e.V.

Gemäß der Bedingungen und des Kriterienkataloges beantragen wir für folgende
Klinik/Praxis die Auszeichnung **Anerkanntes MS-Zentrum**:

Für Kliniken (bitte vermerken: Akut- oder Reha-Klinik)

Name der Klinik: _____

Klinikdirektor: _____

Chefarzt: _____

Für Schwerpunktpraxen

Praxisinhaber: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Hiermit erklären wir, dass unsere Klinik/Praxis die aktuellen
Anerkennungskriterien der DMSG, Bundesverband e.V. für die Verleihung des
Zertifikates „Anerkanntes MS-Zentrum“ vollständig erfüllt.

Datum, Unterschrift
Klinikdirektor
(oder Praxisinhaber)

Stempel

Datum, Unterschrift
Chefarzt