

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 „Regionales MS-Zentrum“

nach den Anerkennungskriterien der DMSG, Bundesverband e.V.

Gemäß der Bedingungen und des Kriterienkataloges beantragen wir für folgende(n) **Praxis / Praxisverbund** die Auszeichnung **Regionales MS-Zentrum**:

Praxisinhaber: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Für Vernetzungen / Praxisverbände

Teilnehmer des Netzwerkes (Name, Anschrift, s.o.; ggf. als Anlage beifügen):

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

Datum, Unterschrift(en)
Praxisinhaber

Stempel

Datum, Unterschrift(en)
Netzwerkteilnehmer