

**Zertifizierung / Certification
Stroke Center oder /ou Stroke Unit**

**Anmeldung zum Zertifizierungsverfahren /
Inscription à la procédure de certification**

Anmeldung zur Zertifizierung als **Stroke Center** / Inscription à la certification comme **Stroke Center**

Anmeldung zur Zertifizierung als **Stroke Unit** / Inscription à la certification comme **Stroke Unit**

Institution

Adresse
.....

Wunschtermine Audit (ca. 4 Monate nach Anmeldung)
Dates souhaitées pour l'audit (env. 4 mois après l'inscription)

1. Termin / Date 2. Termin / Date 3. Termin / Date

Kontakt Direktion (Verträge)
Contact direction (contrat)
Tel. / tél
E-mail

Kontakt Abt. Neurologie
Contact dépt Neurologie
Tel. / tél
E-mail

Kontakt Organisation
Contact organisation
Tel. / tél
E-mail

Datum / Date Unterschrift / Stempel
Signature / Tampon

Bitte beachten Sie vorab den Modellvertrag zur Zertifizierung auf der SFCNS Website: www.sfcns.ch
cf. aussi le contrat modèle pour la certification sur le site web de la SFCNS : www.sfcns.ch

Bitte senden Sie das Original der Anmeldung per Post an untenstehende Adresse oder vorab eine Kopie per mail an Frau Anna Schmidt, Geschäftsstelle Zertifizierungen, e-mail: anna.schmidt@imk.ch.

Veillez envoyer l'original de l'inscription à l'adresse sous-mentionnée ou en avance une copie par e-mail à Mme Anna Schmidt, Office certifications, e-mail: anna.schmidt@imk.ch.