

## **Anmeldung zum Anerkennungsverfahren / Audit durch die SFCNS Epilepsiekommission als :**

- Zentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik**
- Phase 1**  
**Name (Einrichtung und Leiter) des Phase 1+2 Partner**  
**Zentrum:.....**  
**oder**
- Phase 1+2**  
**Name (Einrichtung und Leiter) des Epilepsiechirurgie Partner**  
**Zentrum:.....**
- Zentrum für Epilepsiechirurgie**  
**Name (Einrichtung und Leiter) des Phase 1+2 Partner**  
**Zentrum:.....**

Durch ankreuzen des entsprechenden Feldes bestätigen Sie, dass Ihre Einrichtung ihren Einschätzungen nach die publizierten SFCNS Kriterien erfüllt und dass Sie im 2015 ein Audit durch die SFCNS Epilepsiekommission wünschen.

Bitte senden Sie das Formular bis 31.12.2014 an :  
SFCNS, c/o IMK AG, Frau Anna Schmidt, Münsterberg 1, 4001 Basel

Die Auditkosten betragen CHF 9'800.- (exkl. MWST).

60 % der Kosten, CHF 5'880.- (exkl. MWST) sind mit der Anmeldung fällig und müssen bis spätestens 31.12.2014 auf folgendes Konto überwiesen werden :  
UBS AG, 4002 Basel, lautend auf SFCNS, c/o IMK AG, Münsterberg 1, 4001 Basel,  
IBAN : CH41 0023 3233 6425 5001 Q

40 % der Kosten, CHF 3'920.- (exkl. MWST) sind 30 Tage nach Erhalt des Auditrapportes fällig.

**Ein positiver Auditreport ist eine Voraussetzung für die Auftragserteilung seitens des GDK –IVHSM Beschlussorgans, impliziert hingegen keine Zuteilung.**



Ort, Datum.....

.....  
Name, Abteilung, Funktion  
Neurochirurgie

.....  
Unterschrift

.....  
Name, Funktion, Direktion

.....  
Unterschrift