



Anmeldung zum Zertifizierungsverfahren zum European Center of Arts, Medicine & Culture nach der Europäischen Künstlergilde für Medizin und Kultur e.V.

Erstzertifizierung

Name der zu zertifizierenden Einrichtung/Organisation

Anschrift

Träger der Einrichtung/Organisation

Verantwortliche Leitung der zu zertifizierenden Einrichtung/Organisation

Name: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Zum Zertifizierungsverfahren

Erstzertifizierung

Erste Rezertifizierung

Geplanter Abschluss (ca.) _____

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird bestätigt. Sie sind Bestandteil des Vertrags zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens

DATUM

NAME DER VERANTWORTLICHEN PERSON
