

Krankenhausgesellschaft Sachsen
Geschäftsstelle
Postfach 10 01 08
04001 Leipzig

Fax: 0341 98410-25

Anmeldung eines Zugangs zum Mitgliederservice der Krankenhausgesellschaft Sachsen

für:

Titel:

Vorname:

Nachname:

Einrichtung:

E-Mail-Adresse:

Hiermit bitte ich darum, den vorgenannten Mitarbeiter einen Zugang zum Mitgliederservice der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. (KGS) einzurichten. Der Zugang ist an die Person gebunden und nicht übertragbar. Das Ausscheiden des vorgenannten Mitarbeiters wird der KGS von der Krankenhausleitung mitgeteilt. In diesem Fall erfolgt die Löschung des Zugangs.

Bestätigung der Krankenhausleitung:

Ort, Datum:

Name: Unterschrift:

Stempel: