



Anmeldung zum Anerkennungsaudit

Name und Adresse der Einrichtung	Name der Einrichtung	
	Adresse	
	PLZ und Ort	
Kontaktperson Mitglied der Leitung	Name, Vorname	
	Funktion	
	Telefon	
	E-Mail	
Geltungsbereich der angestrebten Anerkennung	Bitte umschreiben Sie den Bereich bzw. die Abteilungen oder den Standort, den Sie anerkennen lassen möchten	<i>Anerkennung erwünscht für:</i>
		<i>Von der Anerkennung ausgeschlossen:</i>
Grösse der Einrichtung (nur Geltungsbereich der Anerkennung)	Anzahl Stellen (Vollzeitäquivalente)	
	Anzahl Geburten im vergangenen Kalenderjahr	
Drei Wunschdaten für das Audit (Dauer ca. 5,5 Std. Tag/Monat/Jahr, Vormittag oder Nachmittag, bitte Daten in verschiedenen Wochen)	Erstes Wunschdatum	
	Zweites Wunschdatum	

und an unterschiedlichen Tagen)	Drittes Wunschdatum	
Rechtsverbindliche Unterschriften	Datum	
	Unterschrift	
	Datum	
	Unterschrift	

Einsenden an: *Schweizerischer Hebammenverband (SHV)*
Geschäftsstelle
Rosenweg 25 C
3007 Bern