



Einverständniserklärung zur Teilnahme der Kliniken

Qualitätssiegel der MRE-Netzwerke NRW

Hiermit erkläre ich mich als Bevollmächtigter der unten genannten Klinik mit folgenden Punkten einverstanden:

- 1. Die von mir vertretene Klinik nimmt offiziell am Siegelprozess der MRE-Netzwerke NRW teil.*
- 2. Durch Erfüllung der von der Lenkungsgruppe der MRE-Netzwerke NRW gesetzten Qualitätsziele strebt die von mir vertretene Klinik die Erlangung des Qualitätssiegels an.*
- 3. Ich bin damit einverstanden, dass die Resultate des Siegelprozesses anonymisiert veröffentlicht werden. Eine Zuordnung zur einzelnen Klinik erfolgt dabei nicht (mit Wirkung in die Zukunft).*
- 4. Die von mir vertretene Klinik ist bereit an Validierungsmaßnahmen, falls diese im Verlauf der Siegelvergabe erforderlich werden, teilzunehmen.*
- 5. Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten und die an das LZG.NRW zur Abwicklung des Siegelprozesses übermittelten Daten weiterer Personen vom LZG. NRW erhoben und bezogen auf den Siegelprozess verarbeitet werden. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.*
- 6. Ich versichere, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der von mir vertretenen Klinik, von denen im Rahmen des Siegelprozesses personenbezogenen Daten erhoben und an das LZG.NRW zur weiteren Verarbeitung weitergegeben werden, darüber informiert wurden und über ihre Rechte aufgeklärt wurden.*

Ort/Datum

Unterschrift/Funktion

Name und Stempel der Einrichtung