

Contactpersonen ziekenhuizen Batch aanlevering

Ziekenhuis/centrum

Naam	Eventueel locatie:

Aanvrager account

	Naam	Voornaam of voorletters	m/v	Functie	Afdeling	Telefoonnr rechtstreeks	Mobiele nummer*	E-mail adres**	Betreffende registratie	Naam verantwoordelijke in ziekenhuis voor de betreffende registratie***
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

* Mobiele nummer is verplicht aan te geven in verband met de validatie.

** E-mail adres moet bedrijfs e-mailadres zijn.

*** Contactpersoon voor MRDM

Dit formulier graag invullen (bij voorkeur op de computer) en retourneren aan:

Per mail: dica-servicedesk@mr dm.nl

Per post: DICA registratie
Parkweg 4
7411 SH DEVENTER



Medical Research Data Management



DUTCH
INSTITUTE
FOR CLINICAL
AUDITING