

Angaben zur DiGA-Herstellerorganisation

Organisations-name*	<input type="text"/>				
Straße*	<input type="text"/>				
Hausnummer*	<input type="text"/>	Postleitzahl*	<input type="text"/>	Land*	<input type="text"/>
Ort*	<input type="text"/>				

Angaben zur DiGA/zum Produkt

Name der DiGA*	<input type="text"/>
Verfahrensschlüssel* des Bestätigungsbescheids der gematik	<input type="text"/>

Kontaktperson bei Fragen zur Registrierung in der TI-Föderation

Anrede*	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>		
Nachname*	<input type="text"/>		
Telefonnummer*	<input type="text"/>		
E-Mail-Adresse*	<input type="text"/>		

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Anrede*	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>		
Nachname*	<input type="text"/>		
Telefonnummer*	<input type="text"/>		
E-Mail-Adresse*	<input type="text"/>		

Nutzungsbestimmungen

Mit der Unterzeichnung des Antragsformulars bestätigen wir, dass wir die für den Federation Master geltenden Nutzungsbedingungen (unter folgendem Link abrufbar <https://fachportal.gematik.de/schnelleinstieg/downloadcenter/zulassungs-bestaetigungsantraege-verfahrensbeschreibungen#c3419> unter *Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)*) zur Kenntnis genommen haben und diese akzeptieren.

Ort*	Datum*	Unterschrift*
------	--------	---------------

*Pflichtfelder