**Empfehlung zur Zertifikatvergabe**

**->** zertifizierung@ktq.de

[Bitte tragen Sie in den gelb markierten Platzhalter-Texten die entsprechenden Daten ein.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| XXXXX |  | XXXXX |
| Name der Einrichtung |  | Institutionskennzeichen der Einrichtung |
| XXXXX |
| Anschrift der Einrichtung  |
| XXXXX |
| Name der KTQ-Zertifizierungsstelle |
| vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX |
| Visitationszeitraum |
|  |
| Eine forensische Fachabteilung war inkludiert / exkludiert. |
| XXXXX |  |  |
| Name des Visitationsbegleiters |  | Unterschrift des Visitationsbegleiters |

Wir empfehlen die Vergabe des KTQ-Zertifikates an die o.g. Einrichtung.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Visitor | Name des am Verfahren beteiligten KTQ-Visitors | Datum | Unterschrift des KTQ-Visitors |
| ÄV/ÖV/PV… |  | XX.XX.XXXX |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |