



## Antragsformular

### Angaben zur Person:

Kennung:	
Vorname:	
Name:	
Klinik/Zentrum:	
Telefonnummer:	

### Einschränkung der Berechtigung (z.B. „C34“, „operiert“ etc.):


Der Antragsteller akzeptiert mit seiner Unterschrift die OVIS-Nutzungsordnung und bestätigt, dass sich die oben genannten Berechtigungen entweder aus vorliegenden Einwilligungen, einem Behandlungsverhältnis oder einem Forschungsauftrag nach Art. 27 Abs. 4 des Bayerischen Krankenhausgesetzes ergeben.

---

*Unterschrift des zu Berechtigenden*

---

*Unterschrift(en) der/des dateninhabenden Vorgesetzten  
(\* Mehrfachangaben möglich)*

---

*Unterschrift nach Prüfung des CCCs (Direktion oder designierte Vertretung)*

**CCC München**  
Comprehensive Cancer Center

**Direktoren**  
Prof. Dr. H. Algül  
Prof. Dr. V. Heinemann

**Zentrale Geschäftsstelle**  
Frau M. Schmid  
Pettenkoferstraße 8a  
80336 München

Tel.: 089-4400-57430  
Fax: 089-4400-57432  
Mail: [ccc-muenchen@med.uni-muenchen.de](mailto:ccc-muenchen@med.uni-muenchen.de)  
[www.ccc-muenchen.de](http://www.ccc-muenchen.de)