Verschwiegenheitsvereinbarung

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, alle Lehr- und Prüfungsinhalte, von denen Sie durch Ihre Tätigkeit als Simulationspatient*in erfahren, Informationen über Studierende sowie sonstige organisatorische Angelegenheiten geheim zu halten. Diese Verpflichtung besteht über die Beendigung der Zusammenarbeit hinaus.

Name (Druckschrift): _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Bei Fragen können Sie sich gerne an Muriel Kinyara (muriel.kinyara@hawk.de) wenden.