

**Erklärung der Bereitschaft zur Teilnahme  
am MRE-Netzwerk Hochrhein**

**Hiermit wird bestätigt, dass**

Name, Vorname

**als Ansprechpartner/in und stellvertretend für die folgende Institution**

Bezeichnung der Institution

Adresse

E-Mail

Tel. Nr.

**zur aktiven Teilnahme am MRE-Netzwerk Hochrhein bereit ist.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

Kontakt:  
Landratsamt Waldshut – Gesundheitsamt  
Dr. Jürgen Thoß  
Im Wallgraben 34  
79761 Waldshut-Tiengen  
Tel.: 07751/86 – 5101  
Fax: 07751/86 - 5199  
gesundheitsamt@landkreis-waldshut.de