



Beitrittserklärung zum MRE Netzwerk Hochrhein

| | |
|------------------------------------|--|
| Name der Einrichtung: | |
| Ansprechperson in der Einrichtung: | |
| Adresse: | |
| E-Mail: | |
| Tel. Nr: | |

Hiermit verpflichte ich mich stellvertretend für oben genannte Einrichtung zur Unterstützung und Umsetzung der Ziele des MRE-Netzwerkes Hochrhein.

Die Satzung des MRE-Netzwerkes Hochrheins und weitere Informationen finden Sie auf unserer [Homepage](#).

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Kontakt:

Landratsamt Waldshut-Gesundheitsamt
Im Wallgraben 34
79761 Waldshut-Tiengen
Tel.: 07751/86-5101
Fax: 07751/865199
mre-netzwerk@landkreis-waldshut.de