



Beitrittserklärung MRE-Netz Stuttgart

Hiermit trete ich dem „MRE-Netz Stuttgart“ bei und erkläre für mich und meine Einrichtung die Bereitschaft, die Geschäftsordnung des Netzwerkes mit zu tragen, die vom Netzwerk festgelegten Qualitätskriterien einzuhalten und dessen Empfehlungen umzusetzen.

Einrichtung:

Ansprechperson (Kontaktdaten):

Vorname

Nachname

Telefon (ggf. Mobiltelefon)

E-Mail

Beruf und Tätigkeitsbereich

- Ich bin damit einverstanden, dass die genannte Einrichtung unter der Rubrik „Mitglieder“ auf der Homepage des „MRE-Netz Stuttgart“ aufgeführt wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass die von mir genannten Kontaktdaten (Vorname, Nachname, Telefon, E-Mail) in den Verteiler des „MRE-Netz Stuttgart“ aufgenommen werden.
- Zum Zwecke des Austausches und der Vernetzung dürfen meine Kontaktdaten (Vorname, Nachname, Telefon, E-Mail) den anderen Mitgliedern übermittelt werden.

Die Einwilligungen erfolgen freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das Informationsblatt zum Datenschutz (<https://www.stuttgart.de/datenschutz/gesundheitsamt-datenschutzinformationen.php>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift

Stempel

Bitte an folgende Adresse zurücksenden:

Landeshauptstadt Stuttgart
Gesundheitsamt
Sachgebiet Infektionsschutz (53-4.1)
Schloßstraße 91
70176 Stuttgart

oder an die Fax-Nummer:
0711 216-9510328

oder an die E-Mail-Adresse:
mre-netz@stuttgart.de