

Anmeldung

bei Ihrem zuständigen Gesundheitsamt

Hiermit melde ich unsere Einrichtung für das Bewertungsverfahren zum Erhalt des

**„MRE-Qualitätssiegel Krankenhäuser/ Reha-Kliniken und Pflegeeinrichtungen
2017 - 2019“**

an.

Name:

Einrichtung:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ich bin damit einverstanden, dass unsere Einrichtung/unsere Unternehmen auf der Homepage des MRE-Netzwerkes Nord- und Osthessen und auf der Homepage der entsprechenden Stadt/des entsprechenden Landkreises als Teilnehmer am Qualifizierungsprozess gekennzeichnet wird

- während des Bewerbungsprozesses z. B. mit dem Vermerk „Im Bewerbungsprozess“
- nach Erhalt des Siegels z. B. mit dem Vermerk „Hessisches Qualitätssiegel Hygiene“.

Ort, Datum

Unterschrift