MRE-Netz Rhein-Main

Teilnahme-Erklärung für Apotheken

(zu senden an Ihr zuständiges Gesundheitsamt)

Hiermit erklären wir uns bereit das MRE-Netz Rhein-Main in seiner Tätigkeit und seinen Zielen zu unterstützen. Dies geschieht in der Nutzung und Verteilung von kostenfreien Informationsmaterialien des Netzwerks sowie der regelmäßigen Teilnahme an Veranstaltungen des MRE-Netz Rhein-Main.

Ja, unsere Einrichtung möchte am MRE-Netz Rhein-Main teilnehmen.

Name: …….....…….

Ansprechpartner: ……..…….....

Adresse: ……...……...….

Erreichbarkeit: Tel.: ……. Fax: …..……..……..…….

E-Mail: ……..……..……..….

Homepage: ……...……...

Wir sind mit der Nennung unserer Einrichtung als teilnehmende Einrichtung auf der Homepage des MRE-Netz Rhein-Main einverstanden (o. g. Angaben).

……..…….

Ort, Datum Unterschrift