

Antrag zur weiteren Teilnahme am HYSA-Netzwerk

(zu senden an Ihr zuständiges Gesundheitsamt)

Unsere Einrichtung (Krankenhaus):

Name und Adresse:

ist Teilnehmer am HYSA-Netzwerk. Nach Ablauf der 3-jährigen Gültigkeit der Zertifikationsurkunde bitten wir um Verlängerung.

- Unsere Einrichtung möchte weiterhin Teilnehmer am HYSA-Netzwerk bleiben und verpflichtet sich zur Einhaltung der Teilnahmevoraussetzungen.
- Unsere Einrichtung ist weiterhin mit der Nennung als Teilnehmer des HYSA-Netzwerkes auf der HYSA-Internetseite einverstanden, ggf. Verlinkung auf eigene Homepage.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Geschäftsführer der Einrichtung

Zuständiges Gesundheitsamt:

Name und Adresse:

- Die Teilnahmevoraussetzungen wurden geprüft und werden erfüllt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Gesundheitsamt

Bei Vollständigkeit Kopie zur Ausstellung des Zertifikates bitte an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV), Fachbereich Hygiene, Fax: 0391 2564-192 senden.