



# Erklärung der Bereitschaft

zur Teilnahme am regionalen Netzwerk zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen und deren Ausbreitung.

**Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau**

---

**als Ansprechpartner und stellvertretend für die folgende Institution**

---

---

---

**zur aktiven Teilnahme am regionalen Netzwerk  
zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen  
und deren Ausbreitung bereit ist.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Stempel

Bitte senden Sie dieses Formular an das für Sie zuständige Gesundheitsamt