



ASH - Ambulante Einrichtungen
nicht invasiv

Anmeldeformular A

Bitte **IMMER** elektronisch ausfüllen und per Post an folgende Adresse senden:

„AKTION Saubere Hände“, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin

Name der Einrichtung*

Träger der Einrichtung

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

* gehört Ihre Einrichtung zu einem Verbund, der mehrere eigenständige Einrichtungen umfasst, die alle an der Aktion teilnehmen wollen, dann melden Sie bitte jede Einrichtung einzeln an.

Erklärung des Leiters / Leiterin der Einrichtung:

Hiermit erkläre ich mich mit der Anmeldung unserer Einrichtung zur Teilnahme an der „AKTION Saubere Hände“ einverstanden.

Wir verpflichten uns mindestens folgende Maßnahmen umzusetzen:

- 1) Gewährleistung von jährlichen Fortbildungen auf der Basis der von der „AKTION Saubere Hände“ zur Verfügung gestellten Fortbildungsunterlagen
- 2) Kritische Überprüfung der Spenderausstattung
- 3) Teilnahme an HAND-KISS_A

Alle Teilnehmer der Kampagne werden auf der Aktionswebsite veröffentlicht.

Sollten Sie NICHT damit einverstanden sein, kreuzen Sie bitte HIER

Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

Email:

Unterschrift & Dienststempel



ASH - Ambulante Einrichtungen nicht invasiv

Anmeldeformular B

Bitte **IMMER** elektronisch ausfüllen und per Post an folgende Adresse senden:
„AKTION Saubere Hände“, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und
Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin

Name der Einrichtung*:

Straße / Hausnr.:

Postleitzahl / Ort:

Bundesland:

Anzahl der Behandlungsfälle im Kalenderjahr:.....

- Art der Einrichtung:
- Rettungsdienst, Krankentransport
 - Niedergelassener Arzt ohne invasive Diagnostik
 - Hausärztliche Praxis
 - Andere Einrichtung

Im Falle einer Arztpraxis, Anzahl der Ärzte:.....

* gehört Ihre Einrichtung zu einem Verbund, der mehrere eigenständige Einrichtungen umfasst, die alle an der Aktion teilnehmen wollen, dann melden Sie bitte jede Einrichtung einzeln an.

Ansprechpartner für die „AKTION Saubere Hände“ in Ihrer Einrichtung:

Name:Vorname:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:.....

Email: Mobilfunknummer:
.....

Unterschrift & Dienststempel