



Landratsamt Schwäbisch Hall



Erklärung der Bereitschaft zur aktiven Teilnahme als Mitglied

der Kommunalen Gesundheitskonferenz
im Landkreis Schwäbisch Hall

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

(Name)

als Ansprechpartner und stellvertretend für die folgende Institution

(Institution)

(Adresse)

(Kontakt: Tel:, FAX, e-mail)

Ort, Datum

Unterschrift