

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Niedersächsischen Hygienesiegel für Pflegeeinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen (NiHSiP)

Hiermit erkläre ich mich als Bevollmächtigte/r der unten genannten Einrichtung mit folgenden Punkten einverstanden:

1. Die von mir vertretene Einrichtung nimmt offiziell als Teilnehmende an der Initiative "Niedersächsisches Hygienesiegel für Pflegeeinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen" (NiHSiP) teil.
2. Durch Erfüllung der im NiHSiP vorgegebenen Qualitätsziele strebt die von mir vertretene Pflegeeinrichtung die Verleihung des Niedersächsischen Hygienesiegels für Pflegeeinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen an.
3. Ich bin damit einverstanden, dass der Name der von mir vertretenen Einrichtung im Rahmen des Schriftverkehrs zwischen den am NiHSiP beteiligten Kooperationspartner:innen mit Namen und Anschrift genannt wird.
4. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Initiative anonymisiert veröffentlicht werden. Eine Zuordnung zur einzelnen Einrichtung erfolgt dabei nicht.

Datum, Unterschrift

Name der Einrichtung