**Antrag auf Mitgliedschaft im Deutschen Netz Rauchfreier**

**Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V.**

Hiermit beantragen wir die Mitgliedschaft im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V.

Name der Einrichtung

[x]  Einzelmitglied Klinik / Gesundheitseinrichtung [ ]  Einzelmitglied Pflegeschule [x]  weiteres Mitglied eines Trägers\*

Der DNRfK e.V. ist Corporate Member des Global Network for Tobacco Free Healthcare Services, einer unabhängigen internationalen Non-Profit Organisation.

Als Mitglied im DNRfK e.V. verpflichten wir uns zur Implementierung des Konzepts des Global Network for Tobacco Free Healthcare Services, bzw. als Pflegeschule zur Implementierung des Programms astra plus. Die Implementierung wird jährlich von uns mit einer Selbsteinschätzung nach den Global Network Standards / astra plus-Kriterien dokumentiert.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Verwendung des Logos der Mitgliedschaft nicht in Verbindung mit industriellen oder kommerziellen Angeboten verwendet werden darf.

Wir erklären, jede direkte oder indirekte finanzielle Unterstützung und jede direkte oder indirekte Zusammenarbeit mit der Tabak- und Nikotinindustrie abzulehnen (Anlage).

Ein Netzwerk lebt vom Erfahrungsaustausch, der gegenseitigen Information und Diskussion. Wir sind bereit, uns daran aktiv auf regionaler, nationaler und auch internationaler Ebene zu beteiligen. Wir sind damit einverstanden, dass allgemeine Informationen zu unserer Einrichtung und die Kontaktdaten der Ansprechpartner ausschließlich für Mitglieder zugänglich sind.

     , den

Ort, Datum

.............................................................................

Träger / Geschäftsführung / Schulleitung \*\*

(bzw. entsprechende Funktionsbezeichnung)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………Verwaltungsdirektion / Kaufmännische Direktion \*\*\*(bzw. entsprechende Funktionsbezeichnung) | ……………………………………………Pflegedirektion / Heimleitung \*\*\*(bzw. entsprechende Funktionsbezeichnung) | ……………………………………………Ärztliche Direktion / Heimleitung \*\*\*(bzw. entsprechende Funktionsbezeichnung) |

.............................................................................

Vertreter/in der Mitarbeitervertretung/ Personalrat \*\*\*

(bzw. entsprechende Funktionsbezeichnung)

\* Reduzierter Mitgliedspreis ab der zweiten Einrichtung des gleichen Trägers, \*\* erforderlich, \*\*\* bei Zertifizierung erforderlich