

MITWIRKUNGSERKLÄRUNG

Firma / Einrichtung:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Ansprechpartner*in:

Abteilung:

Telefon:

E-Mail:

Branche:

Produkte:

Dienstleistungen:

Anzahl Beschäftigte:

Mit der Abgabe dieser Erklärung stimmt die beteiligte Institution den Bestimmungen des recomine-Bündnisses vom 21.02.2022 zu.

Signatur

Bitte dieses Dokument ausgefüllt an recomine@hzdr.de senden.