

Antrag auf kostenlose präventivdienstliche Betreuung

Wir interessieren uns für eine Beratung im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes:

☐ arbeitsmedizinisch ☐ sicherheitstechnisch ☐ arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Firmenname:

Beitragskontonummer:

Anschrift:

Telefon: **E-Mail:**

Für Rückfragen (insbesondere zur Terminkoordinierung) steht zur Verfügung:

Name: Funktion: Tel.:

(Bevorzugter Zeitraum für Begehungen:)

Zahl der im Jahresschnitt an der Arbeitsstätte beschäftigten Arbeitnehmer:

Waren innerhalb der letzten 12 Monate an dieser Arbeitsstätte mehr als 75 Arbeitnehmer beschäftigt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ ja, mehr als 30 Tage ☐ ja, weniger als 30 Tage ☐ nein

Gibt es weitere Arbeitsstätten, die zu Ihrem Betrieb gehören?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ nein

☐ ja, wir haben folgende weitere Arbeitsstätten:

Anschrift: Arbeitnehmerzahl:

Anschrift: Arbeitnehmerzahl:

Anschrift: Arbeitnehmerzahl:

Anschrift: Arbeitnehmerzahl:

Arbeitnehmerzahl des gesamten Unternehmens:

.....
Datum

.....
Unterschrift, Firmenstempel