

Ich/Wir möchte/n mich/uns über die **UNTERNEHMER/Innen-Grundschulung zur alternativen bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung** (gem. DGUV Vorschrift 2 § 2 (4) in Verbindung mit Anlage 3) informieren.

Rückantwort Fax 0 40.27 80 63 48

Arbeitsmedizinische und Verkehrsmedizinische
Untersuchungsstelle / Betriebsarzt-Praxis

Dr. med. G. Bandomer
Mühlenkamp 43
22303 Hamburg

Wir sind ein Unternehmen der

- Pflege
 Physiotherapie
 andere Branche

.....
zuständige Berufsgenossenschaft (BG ...):

.....
BG-Mitglieds-Nr.

erforderl. Arbeitsmedizin. Vorsorgeuntersuchungen:

G42 Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung

G24 Hauterkrankungen

G37 Bildschirmarbeitsplätze

.....

.....

und bitten um

Information

Information und Kontaktaufnahme (bitte Tel. angeben, siehe unten)
mit Herrn / Frau

Mitteilung der Termine für die GRUNDSCHULUNG

Anmeldebestätigung und Teilnahmebestätigung für den Termin am
(ggf. Teilnahme eine(r)/s weiteren Beschäftigten im Unternehmen) ja nein

Stempel des Unternehmens

Ansprechpartner/In

Herr / Frau

Telefon-Nummer

ggf. zweite Telefon-Nummer, wenn Anrufbeantworter oder keine Sprechzeit ?