

Fragebogen Angebot einholen

Firmenstammdaten zur Erstellung eines Angebotes über die betriebsmedizinische Betreuung gemäß Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) und DGUV Vorschrift 2:

Firmenname		Stempel
Rechnungsadresse		
PLZ, Ort		
Ansprechpartner		
Telefon/Fax		
E-Mail		
Zuständige Berufsgenossenschaft (BG)		
WZ-Code (Wichtig! bitte ggf. bei der BG erfragen)		
Mitarbeiterzahl	Vollzeit	
	Teilzeit 20-30 Std./Woche	
	Teilzeit ≤ 20 Std./Woche	
Gewünschtes Betreuungsmodell (Unternehmermodell/Regelbetreuung?)		
Gewünschter Anteil Einsatzzeit Grundbetreuung durch Betriebsarzt		
Bisherige arbeitsmedizinische Untersuchungen		
Sicherheitstechnische Betreuung durch		
Bemerkungen/Fragen		

Datum	Unterschrift des Vertragspartners (Geschäftsführung)
-------	--