

Rückgabe bis 28.09.2018

Anmeldung zur Teilnahme an der alternativen betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung

Name des Betriebes/Betriebsstätte

Mitgliedsnummer der BGW

Name des Unternehmers/ des Verantwortlichen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mail

Ich beschäftige (inkl. geringfügig Beschäftigter) Mitarbeiter: _____
Anzahl

Ich möchte an der alternativen bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß DGUV 2, Anlage 3 zu § 2 Abs. 4, teilnehmen.

Ich möchte an folgender Schulung teilnehmen:

Friseur-Innung **Fulda**
(Erstschulung) Montag, 19.11.2018, 09:00 – ca. 14:00 Uhr

Name des/der Teilnehmers/in

Geburtsdatum

Die Kosten hierfür belaufen sich auf 226,10 € je Teilnehmer/in (für Innungsmitglieder reduziert sich dieser Betrag auf 80,00 € je Teilnehmer/in). Alle Beträge verstehen sich inklusive MwSt.

Richten Sie Ihre **verbindliche** Anmeldung unter Angabe des/r **Teilnehmers/in** und des **Geburtsdatums** an

Friseur-Innung Fulda
Rabanusstraße 33
36037 Fulda

Fax: 0661-9022420
E-Mail: info@kh-fulda.de

Ich möchte nicht durch den Vertragspartner der Friseur-Innung Fulda betreut werden. Zur Information für die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrts-
pflege teile ich Ihnen mit, dass mein Betrieb durch folgendes Unternehmen arbeits-
medizinisch und sicherheitstechnisch betreut wird.

Name des Dienstleisters: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des/der Unternehmers/Unternehmerin