

## Checkliste Arbeitsmedizin

Sehr geehrte Damen und Herren,  
anhand der von Ihnen gemachten Angaben können wir Ihnen ein individuelles Angebot erstellen.

<b>Firmenname</b>	
<b>Straße / Nr.</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Telefon / Fax</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Betreuung ab</b>	
<b>Berufsgenossenschaft</b>	
<b>Mitarbeiter (Gesamt)</b>	
<b>Geschäftsführer/in</b>	Frau / Herr
<b>Betriebsleiter</b>	Frau / Herr
<b>Betriebsrat</b>	
<b>Sicherheitsfachkraft/Ingenieur</b>	
<b>WZ Kode</b>	
<b>Gruppe I, II oder III</b>	
<b>Ersthelfer</b>	

**Wir wünschen ein Angebot über sicherheitstechnische Betreuung durch einen Ihrer Kooperationspartner**