

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantragen wir ab dem \_\_\_\_\_ die Aufnahme in den arbeitsmedizinischen Dienst Oldenburg e.V. für folgende Bereiche:

- Arbeitsmedizin
- Arbeitssicherheit

und beauftragen hierdurch den ADO e.V. mit der Wahrnehmung der Aufgaben eines Betriebsarztes gemäß § 3 ASIG bzw. einer Sicherheitsfachkraft gemäß § 6 ASIG.

Wir sind bei folgender Unfallversicherung versichert: \_\_\_\_\_ und fügen unsere letzte Mitarbeitermeldung an diese Unfallversicherung in Kopie bei.

Wir erkennen die Satzung des ADO e.V., die uns vorgelegen hat, bzw. im Internet auf der Homepage des ADO ersichtlich ist, an. Gemäß §17 dieser Satzung entscheiden wir uns für:

- Basisbetreuung (Leistungsverzeichnis A)
- Vollbetreuung (Leistungsverzeichnis A und B; nur in der Arbeitssicherheit empfohlen)

**Die Rechnungsstellung erfolgt ab dem 01.01.2020 nur noch elektronisch.**

Firmenstempel	Firmenname
	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
<u>Verbindliche</u> E-Mail-Adresse für die Zustellung von Rechnungen	
Ort, Datum	Unterschrift – Verantwortliche Person