Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

Bitte nennen Sie uns Ihre aktuelle Mitarbeiteranzahl (Köpfe): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

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 nur noch elektronisch.**

|  |  |
| --- | --- |
| Firmenstempel | Firmenname |
| Ansprechpartner/in |
| Straße, Hausnummer |
| Verbindliche E – Mail Adresse für die Zustellung von Geschäftspost | PLZ, Ort |
| Verbindliche E-Mail-Adresse für die Zustellung von E-Rechnungen | Telefonnummer |
| Unsere Lieferantennummer bei Ihnen | ggf. Leitweg-ID für E-Rechnungen |
| Ort, Datum | Unterschrift – Verantwortliche Person |