

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
<u>Verbindliche E – Mail Adresse</u> für die Zustellung von Geschäftspost	PLZ, Ort
<u>Verbindliche E-Mail-Adresse</u> für die Zustellung von E-Rechnungen	Telefonnummer
Unsere Lieferantenummer bei Ihnen	ggf. Leitweg-ID für E-Rechnungen
Ort, Datum	Unterschrift – Verantwortliche Person