

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