

Arbeitsmedizinische Praxis Dr. Rogall GmbH

Schlossgarten 1
22041 Hamburg
Deutschland

phone +49 40-682 686 06
fax +49 40-682 686 07
e-mail: praxis@arbeitsmedizin-rogall.de
www.arbeitsmedizin-rogall.de

Anmeldung / Terminbestätigung einer arbeitsmedizinischen Untersuchung / Vorsorge:

-- Bitte deutlich in Blockschrift schreiben --

Firma

Rechnungsanschrift,

-- falls abweichend von der Firmenadresse --

.....
.....
.....

Ansprechpartner in der Firma:

Herr / Frau
Durchwahl:

Folgende Eignungsuntersuchungen / Vorsorgen sollen durchgeführt werden:

Eignung(en):
Vorsorge(n):

Die Gefährdungsbeurteilung wird mitgeschickt: ja nein

Mitarbeiter: Name: Vorname:
Geburtsdatum:

Private Adresse des Mitarbeiters: -- falls bekannt --

Straße und Hausnummer:
PLZ und Ort:

- Er/Sie hat einen Termin am:
- Er/Sie macht mit der Arbeitsmedizinischen Praxis Dr. Rogall GmbH selbst einen Termin aus.

Wird die Untersuchung nicht mind. 24 Std. vor dem ausgemachten Termin abgesagt und keine Ersatzperson benannt, dann wird eine Ausfallgebühr von 50 € pro Person berechnet.

Hiermit wird bestätigt, dass die Kosten für die o.a. Eignungsuntersuchungen/Vorsorgen von unserer Firma übernommen werden.

Ort: Datum: Unterschrift: