

Unverbindliche Anfrage

Bitte per Fax an 04931 – 975 102 oder per Mail an info@as-habben.de senden

Datum:	
--------	--

Firma	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Internet	
eMail	
Tel.	
Fax	

Ansprechpartner:		Geschäftsleitung:	
------------------	--	-------------------	--

BG Mitgliedschaft:	
BG Mitgliedsnummer:	

Anzahl der Mitarbeiter:	
Davon Vollzeit (über 30 Std.):	
Davon Teilzeit (unter 30 Std. = 0,75)	
Davon geringfügig (unter 20 Std. = 0,5)	

Derzeitige sicherheitstechnische Betreuung durch: (Fachkraft für Arbeitssicherheit)	
Derzeitige betriebsmedizinische Betreuung durch: (Betriebsarzt)	

Welche Dienstleistung wird benötigt? (Bitte ankreuzen oder mit X markieren)

<input type="checkbox"/>	Fachkraft für Arbeitssicherheit (sicherheitstechnische Betreuung gem. DGUV Vorschrift 2)
<input type="checkbox"/>	Brandschutzbeauftragter (BSB)
<input type="checkbox"/>	Ausbildung der Brandschutzhelfer (BSH)
<input type="checkbox"/>	Unterweisung der Beschäftigten, Sicherheitsschulungen
<input type="checkbox"/>	Betriebsarzt (betriebsmedizinische Betreuung gem. DGUV Vorschrift 2)
<input type="checkbox"/>	Beratungstermin durch Fachkraft für Arbeitssicherheit
<input type="checkbox"/>	Angebot für die sicherheitstechnische Betreuung gem. DGUV Vorschrift 2
<input type="checkbox"/>	Angebot für die betriebsmedizinische Betreuung gem. DGUV Vorschrift 2
<input type="checkbox"/>	Andere

Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme?

<input type="checkbox"/>	Rückruf
--------------------------	---------

<input type="checkbox"/>	Schriftlich (digital)
--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/>	Schriftlich (postalisch)
--------------------------	--------------------------

Unterschrift

Firmenstempel
