

ANMELDUNG - Anmeldeschluss 14 Tage vor Schulungsdatum !



Arbeits- u. Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle/Betriebsarzt - Praxis
Dr. med. G. Bandomer - FAX 040. 278 06 348 , betriebsarzt@dr-bandomer.de

Hiermit melden wir das Unternehmen an

Tel.-Nr.:

FAX-Nr.:

E-Mail:

.....
.....

BGW - Mitgliedsnummer :

***) errechnete** effektive
Beschäftigte (beschäftigte Mit-
arbeiter/Innen im Unternehmen)

Unternehmer/In Herrn/Frau,

Name

Vorname

(bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben)

Bitte Rechnung und Schriftverkehr an meine o.g. E-Mail Adresse senden

für die **Unternehmer-/ innen - GRUNDSCHULUNG zur alternativen bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung** von Unternehmen mit einer maximalen Beschäftigtenzahl^{*)} von bis zu 50 effektiven beschäftigten Mitarbeiter(n)/innen gem. DGUV Vorschrift 2, § 2 (4), in Verbindung mit Anlage 3; bitte FAX - Anmeldung an: **040. 278 06 348**

Die Teilnahmegebühr (einschließlich Raum- und „Bewirtungs“ - Kosten f. kl. Imbiss sowie Kosten f. Schulungsunterlagen) von € 190,- zuzüglich MwSt. von 19 % = **€ 226,10** ist bitte vor Schulungsbeginn zu entrichten; Rechnung wird nach Eingang der Anmeldung zugesandt.

ORT: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg, Tel: 040. 22 80 20

ZEIT: **Mittwoch** von 15:00 – 20:00 Uhr

oder

Freitag von 15:00 – 20:00 Uhr

Schulungstermine

Datum

Firmen- / Praxisstempel / Unterschrift

***)** Bei Feststellung des Schwellenwertes, der Zahl der effektiven Beschäftigten sind Teilzeitbeschäftigte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von bis zu 20 Std./Wo. mit Faktor 0,5 und bis zu 30 Std./Wo. mit Faktor 0,75 zu berücksichtigen.

Soll eine weitere Person (Med. Fachangestellte / Arzthelferin - MFA / AH auch an der Schulung teilnehmen, ist eine zusätzliche Anmeldung erforderlich.

Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle /
Betriebsarzt - Praxis
Dr. med. G. Bandomer
Mühlenkamp 43
22303 Hamburg

FAX 040 . 278 06 348

E-Mail betriebsarzt@dr-bandomer.de