

## Auftrag arbeitsmedizinische Vorsorge

Sie haben für Ihre (n) Mitarbeiter (in) einen Termin für die arbeitsmedizinische Vorsorge vereinbart – Vielen Dank. Wir bitten Sie nun uns den Auftrag zu bestätigen.

Bitte vollständig ausfüllen und per Post / Fax / Mail zurücksenden

Auftragnehmer:  <b>Dr. med. Werner Lindner</b> Facharzt für Arbeitsmedizin Schützenstr. 24 96149 Breitengüßbach <a href="mailto:praxis@doktor-lindner.de">praxis@doktor-lindner.de</a> Fax: 09544 / 98 42 511	Auftraggeber / Rechnungsanschrift:
--	------------------------------------

Beauftragt werden folgende Leistungen für unsere (n) Mitarbeiter (in):

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beschreibung der gewünschten Leistung(en), möglichst eindeutig durch Angabe

- des Vorsorgeanlasses nach der ArbMedVV,
- der ehemaligen „G-“Nummer und/oder
- der ausgeführten Tätigkeit

Hinweise finden Sie auch auf der Preisliste im Downloadbereich unserer Homepage

vereinbarter Termin: \_\_\_\_\_

Vom Pauschalpreis gemäß Preisliste (siehe Downloadbereich unserer Homepage) habe ich Kenntnis genommen und akzeptiere diesen.

Auftraggeber/Beauftragter (Name in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_