

Auftragnehmer:

BETRIEBSARZTZENTRUM BREMEN e.V.

Schillerstr. 10

28195 Bremen

Tel. 04 21 -3 22 77-0

Fax 04 21-3 22 77-19

Auftraggeber/ Rechnungsanschrift:

Untersuchungsauftrag für arbeitsmedizinische Leistungen

Ich/ Wir beauftrage/n Sie mit folgender/en Untersuchung/en für mich/ unsere/n Arbeitnehmer/in:

Name, Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Tätigkeit als: _____

Untersuchungstermin: Tag: _____ Uhrzeit: _____

Gewünschter Auftrag:

Kosten: Die Kosten für die Untersuchung trägt der Auftraggeber.

Termin: Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Absage - mindestens am Tag zuvor. Bei Nichterscheinen zum verbindlich vereinbarten Untersuchungstermin wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 30 € in Rechnung gestellt.

Bitte gut leserlich und vollständig ausfüllen und spätestens zum Termin mitbringen!

Bevollmächtigter/ Auftraggeber:

Name (Druckbuchstaben)

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift