



Centrum für Arbeitsmedizin Bonn GmbH

Turmstr 21
53175 Bonn

Tel. +49 228- 371558
Fax. **+49 228- 3727421**
e-mail: info@cab-bonn.de
<http://www.cab-bonn.de>

Anmeldung/ Terminbestätigung einer arbeitsmedizinischen Untersuchung (Faxanmeldung**)**

-Bitte deutlich in Blockschrift schreiben-

Abs.: Firma

Rechnungsanschrift,

wenn abweichend von der Firmenadresse

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

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

Ansprechpartner in der Firma:

Herrn / Frau.....

Durchwahl:.....

Folgende Untersuchungen/BG- Grundsätze sollen durchgeführt werden:

BG- Grundsatz: G 1 – G 21: _____

G 22 – G 46: _____

Andere Untersuchungen:.....

Mitarbeiter/Teilnehmer:

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Private Adresse des Mitarbeiters/Teilnehmers:

Straße und Hausnummer:..... PLZ und Ort:.....

Er/Sie hat einen Termin am:, um..... Uhr

Er/Sie macht mit dem CAB Bonn GmbH selbst einen Termin aus.

Wird die Untersuchung nicht mind. **24 Std. vor dem vereinbarten Termin** abgesagt und keine Ersatzperson benannt, dann werden Ihnen die Untersuchungskosten in Rechnung gestellt.

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

Ort:..... Datum:..... Unterschrift/Firmenstempel:.....