



Kostenlose Präventionsberatung

Antrag auf Betreuung durch die AUVA

1. Wir interessieren uns für folgende Betreuung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch arbeitsmedizinisch sicherheitstechnisch

2. Firmenname:

3. Anschrift der Arbeitsstätte:
(Straße, Hausnr., Stadt- bzw. Ortsteil, PLZ, Ort)

4. Telefonnummer(n): **E-Mail:**
Fax:

5. Dienstgeberkontonummer:
(Beitragsnummer bei der Gebietskrankenkasse)

6. Die zu betreuende Arbeitsstätte ist hauptsächlich vom Typ:

- Büro, Verwaltung Handel Lager Landwirtschaft
 Dienstleistungsbetrieb Produktion Werkstätte Baustelle

7. Anzahl der an der Arbeitsstätte im Jahresdurchschnitt beschäftigten ArbeitnehmerInnen:

davon Lehrlinge:

davon begünstigte Behinderte:

Gibt es Leiharbeitskräfte? nein ja, wie viele?

8. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 75 ArbeitnehmerInnen beschäftigt?

- nein ja, mehr als 30 Tage ja, bis zu 30 Tage

9. Gibt es weitere Arbeitsstätten, die zu Ihrem Betrieb gehören?

- a) nein
b) ja, wir gehören zu:

Anschrift, Tel.-Nr.:
mit der Dienstgeberkontonummer:
(falls bekannt, bitte angeben)

ja, zu uns gehört:

Anschrift (Straße, Hausnummer, Stadt- bzw. Ortsteil, PLZ, Ort)	Dienstgeberkontonummer (Beitragsnummer GKK)	Tel.-Nr.	Anzahl Arbeitnehmer

bei b) bitte Anzahl der ArbeitnehmerInnen im gesamten Unternehmen:

10. Für Rückfragen (insbesondere zur Terminkoordination) steht zur Verfügung:

Name: Funktion: Tel./Klappe:

Datum:

Unterschrift und Firmenstempel