

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel

An das  
Arbeitsinspektorat

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Betrifft:  
**Mitteilung der gemäß § 10 ASchG für den Apotheken-  
betrieb bestellten Sicherheitsvertrauensperson**

Name des bestellten Arbeitnehmers: \_\_\_\_\_

Wirkungsbereich/Dienstort: Apotheke \_\_\_\_\_

Funktionsperiode (4 Jahre): \_\_\_\_\_

Anzahl der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Belegschaftsorganes <sup>1)</sup>

\_\_\_\_\_  
<sup>1)</sup> dann notwendig, wenn ein Betriebsrat existiert