



Terminbestätigung zur arbeitsmedizinischen Untersuchung

Bitte **ausgefüllt** und **unterschrieben** an die Faxnummer
05441 9754032 schicken!

Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Mail und Tel: _____

Mitarbeiter

Name, Vorname	Geburts datum	Untersuchung	Datum, Uhrzeit

Hiermit wird bestätigt dass die Kosten der o.g. Untersuchung von der Firma
übernommen werden.

Beim Nichterscheinen oder kurzfristige Absage kann ein Ausfallshonorar
berechnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel