## - Antrag auf Präventionsberatung durch die AUVA -

1. Wir interessieren uns für eine Betreuung im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes:  (Zutreffendes bitte ankreuzen)  arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch arbeitsmedizinisch sicherheitstechnisch					
		menstechnisch			technisch
2. 3.	Firmenname: Anschrift der Arbeitsstätte:				
(PL		il)			
4.	Telefonnummer:	e-mail:			
_	Fax:				
5.	Dienstgeberkontonummer: (B	eitragsnummer bei der	Gebietskrankenkasse)		
6.	Die zu betreuende Arbeitsstätte ist hauptsächlich vom Typ:				
	<ul><li>☐ Büro, Verwaltung</li><li>☐ Dienstleistungsbetrieb</li></ul>	☐ Handel ☐ Produktion	☐ Lager ☐ Werkstätte	☐ Baustelle	
7.	Anzahl der an der Arbeitsstätte in (Bitte Kopfzahl angeben)	n Jahresdurchschnitt beschäftigten ArbeitnehmerInnen:  Lehrlinge: begünstigte Behinderte:			
	➡ Gibt es Leiharbeitskräfte?	nein	ja, wie viele?		
8.	Hatten Sie in den letzten 12 M	12 Monaten mehr als 75 ArbeitnehmerInnen beschäftigt?  ig ja, mehr als 30 Tage  ig ja, bis zu 30 Tage			
<ul> <li>9. Für Rückfragen (insbesondere zur Terminkoordination) steht zur Verfügung: Name:Funktion:Tel./Klappe:</li></ul>					
	b) iga, wir gehören zu:				
	Anschrift, TelNr.:  mit der Dienstgeberkontonummer:				
	ja, zu uns gehört:				
	Anschrift (PLZ/Ort) Straße, Hausnummer, Stadt- bzw	и. Ortsteil	Dienstgeberkontonr. (Beitragsnummer GKK)	TelNr.	Anzahl Arbeitnehmer
bei b) bitte Anzahl der ArbeitnehmerInnen im gesamten Unternehmen:					
Datum:					