Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Kostenlose Präventionsberatung

Anmeldung 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. Beitragskontonummer:
(vormals Dienstgeberkontonummer)

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 bzw. Arbeitnehmer:

davon Lehrlinge:

davon begünstigte Behinderte:

Gibt es Leiharbeitskräfte? ☐ nein ☐ ja, wie viele?

8. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 75 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 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 Beitragskontonummer:
(falls bekannt, bitte angeben)

☐ ja, zu uns gehört:

Anschrift Straße, Hausnummer, Stadt- bzw. Ortsteil, PLZ, Ort)	Beitragskontonummer	Tel.-Nr.	Anzahl Arbeitnehmerinnen/ Arbeitnehmer

bei b) bitte Anzahl der Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer im gesamten Unternehmen:

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

☐ **Ansprechperson in der Geschäftsleitung, E-Mail:**

☐ Herr
☐ Frau

Vor- und Zuname:

Funktion: Tel./Klappe:

Datum:

Unterschrift und Firmenstempel