



# 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 <small>Straße, Hausnummer, Stadt- bzw. Ortsteil, PLZ, Ort)</small>	Beitragskontonummer	Tel.-Nr.	Anzahl Arbeit- nehmerinnen/ 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                      Vor- und Zuname:  
Frau

Funktion: Tel./Klappe:

**Datum:**

Unterschrift und Firmenstempel