

Einverständniserklärung Vorsorge

Name

Geb.Datum und Ort

Telefon:

Mailadresse:

Arbeitsmedizinische Vorsorge

Ich bin mit der Arbeitsmedizinischen Vorsorge einverstanden. Diese erfolgt im Rahmen der arbeitsmedizinischen Angebots- und Wunschvorsorgen entsprechend den durch Ihren Arbeitgeber gemeldeten Profilen.

Blut-/ Urintest

HIV-Test

Ich bin damit einverstanden, dass der Auftraggeber die Teilnahmebescheinigung mit dem Inhalt teilgenommen erhält.

JA

NEIN

Datum / Unterschrift

(bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)