



Prävention für morgen.

KOSTENÜBERNAHME

Hiermit bestätigen wir, die Kosten für die Untersuchung des/der nachfolgend aufgeführten Mitarbeiter zu übernehmen.

Im Falle des Nichterscheinens übernehmen wir die Ausfallgebühr in Höhe von 30 €.

Name, Vorname	Untersuchungsdatum	Art der Untersuchung (z.B. G26.3, G42 etc.)

Rechnungsanschrift, falls abweichend vom Firmenstempel:

Datum

Unterschrift

Firmenstempel