

Vertragsnr.: _____ Datum: _____

Firmenadresse ■ ■

Rechnungsadresse ■

Ansprechpartner Vertrag/Geschäftsführung ■

Name

Telefon

E-Mail

Ansprechpartner Buchhaltung ■

Name

Telefon

E-Mail

Ansprechpartner Personalabteilung ■

Name

Telefon

E-Mail

Sicherheitsbeauftragter ■

Name

Telefon

E-Mail

Mitarbeiterzahl: _____ ■ ■ EZ (BA Std.): _____ ■ ■ Std. Satz: _____ ■ ■

Zahlungsart ■ Monat Quartal Halbjahr Jahr

Pauschale Abschlagszahlung

BG: ■

WZ: ■

Gefahrenklasse: ■

Beginn: ■

Gefährdungsbeurteilung vorhanden: Ja Nein ■

Ansprechpartner Termin ■

Name

Telefon

E-Mail

Vorsorgen: ■

Pflicht

Angebot

Eignungen/Einstellungs.: ■

Impfungen: ■

Laborprofile: ■

Titer: ■

Besonderheiten zur Bescheinigungen oder Vereinbarungen: ■
