

**Anforderung Grippeschutzimpfung**

Firma :

Ansprechpartner :

Strasse :

PLZ / Ort :

Telefon :

Fax :

eMail :

Wir nehmen das Angebot für die betriebliche Grippeschutzimpfung unserer Mitarbeiter im Rahmen unseres betrieblichen Gesundheitsmanagements (pro Person für Impfstoff & Impfleistung 25€) für die Saison 2018/2019 an.

Geschätzte Anzahl der interessierten Mitarbeiter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir interessieren uns für die betriebliche Grippeschutzimpfung unserer Mitarbeiter, haben jedoch noch folgende Fragen dazu:

\_

\_

Wir möchten mehr Informationen über das automatische Händedesinfektions- system STERIPOWER erhalten.

Wir haben kein Interesse an einer betrieblichen Grippeschutzimpfung.

**Bitte zurücksenden an die Faxnummer 06341 / 8 30 22.**

**Gerne können Sie uns auch die Daten mailen:** [**info@ergomed-landau.de**](mailto:info@ergomed-landau.de)**.**