

 **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****.**