

Angebotsanforderung

Firma : _____

Ansprechpartner : _____

Strasse : _____

PLZ / Ort : _____

Telefon : _____

Fax : _____

eMail : _____

Berufsgenossenschaft : _____

WZ-Schlüssel (falls vorhanden): _____

Tätigkeitsschwerpunkt : _____

Anzahl Ihrer Mitarbeiter

Größer 30 Stunden Wochenarbeitszeit : _____

20 - 30 Stunden Wochenarbeitszeit : _____

Bis 20 Stunden Wochenarbeitszeit : _____

- Wir bitten um Zusendung eines kombinierten Angebotes zur sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Grundbetreuung
- Wir bitten um Zusendung eines Angebotes nur zur sicherheitstechnischen Grundbetreuung
- Wir bitten um Zusendung eines Angebotes nur zur arbeitsmedizinischen Grundbetreuung

Bitte zurücksenden an die Faxnummer 06341 / 8 30 22

Gerne können Sie uns auch die Daten mailen: info@ergomed-landau.de