ANMELDUNG zur BuS-Schulung / Alternative Betreuungform

Betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Aspekte (BuS)

busse & kleemann GbR
Seminarmanagement und Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitswesen

Lärchenstr. 3, 30855 Langenhagen, **Fax: 0511 / 353 93 52**

Hiermit melde ich mich bei der „fachkundigen Stelle“ **busse & kleemann GbR** verbindlich zur BuS-Betreuung nach dem „Unternehmermodell“ mit bis zu 50 Beschäftigten an folgendem Termin und Standort an (bitte ankreuzen):

❍ Sa. 01.06.2024, Erstschulung, 08:30-13:30, Bremen
❍ Sa. 01.06.2024, Fortbildung, 14:00-19:00, Bremen

❍ Sa. 01.06.2024, Erstschulung, 08:30-13:30, ONLINE
❍ Sa. 01.06.2024, Fortbildung, 14:00-19:00, ONLINE

❍ Sa. 21.09.2024, Erstschulung, 08:30-13:30, Bremen
❍ Sa. 21.09.2024, Fortbildung, 14:00-19:00, Bremen

❍ Sa. 21.09.2024, Erstschulung, 08:30-13:30, ONLINE
❍ Sa. 21.09.2024, Fortbildung, 14:00-19:00, ONLINE

❍ Sa. 23.11.2024, Erstschulung, 08:30-13:30, Bremen
❍ Sa. 23.11.2024, Fortbildung, 14:00-19:00, Bremen

Leistungsumfang: BuS-Schulung und Zugriff auf Kurzberatung per Telefon/E-Mail durch unsere angeschlossenen Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte. Telefon: 0511/353 93 54, E-Mail: bus-betreuung@busse-kleemann.de

Kosten: Die Kursgebühr beträgt **€ 279,-** (zzgl. MwSt., inkl. Schulungsunterlagen, Wasser, Tee, Kaffee, Gebäck), Mitglieder des Landesinnungsverbandes des Friseurhandwerks (LIV) und des Landesapothekerverbandes Niedersachsen (LAV) zahlen **€ 249,-** (zzgl. MwSt.)

Kursdauer: 6 Lehreinheiten á 45 Minuten

Fortbildungspunkte: 7 FP der Ärztekammer Niedersachsen

*Praxis/Betriebsstätte: _____

*Titel: _____ Fachrichtung/Berufsbezeichnung: _____

Name **Praxisinhaber/Unternehmer:** _____

*Name **Teilnehmer/In:** _____

*Straße:_____ *BGW-Nr:_____

*PLZ/Ort: _____ Mitgliedsnummer LAV / LIV: _____

Telefon: _____ Fax:_____ E-Mail:_____

Mir ist bekannt, dass mein Rücktritt bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Schulung erfolgen kann. Bei rechtzeitigem Rücktritt ist lediglich eine Stornogebühr von € 12,50 zu zahlen. Danach ist die Kursgebühr in voller Höhe fällig. Alternativ kann eine Ersatzperson benannt werden. Das Unternehmen bestätigt seine Teilnahme an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung bei der **busse & kleemann GbR** und erklärt mit der Unterschrift dieser Teilnahmevereinbarung, dass die **busse & kleemann GbR** die Betreuungsform inkl. aller Änderungen und der Schulungsereignisse an die BGW meldet. Ansprechpartner für die bedarfsorientierte Betreuung ist die **busse & kleemann GbR.** Bei Bedarf vereinbart das Unternehmen eine Beratung und/oder Betreuung durch die mit der **busse & kleemann GbR** kooperierenden Sicherheitsfachkräfte. Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist ggf. zusätzlich zu vereinbaren und der/ die betreuende Betriebsarzt/ -ärztin ist den Beschäftigten zu nennen. Die Kosten für die Betreuung durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einen Betriebsarzt/Betriebsärztin entstehen dementsprechend bei Bedarf und sind ausdrücklich nicht Teil dieser Buchung. Mit meiner Unterschrift stimme ich der Übermittlung meiner obigen Angaben (*Name der Betriebsstätte, *Name des Unternehmers, *Name des Teilnehmers *Adresse, *BGW-Nummer) an die zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hauptverwaltung Hamburg, zu, der gegenüber ich damit die Erfüllung meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Unfallverhütung gemäß DGUV Vorschrift nachweise. Beide Parteien haben das Recht diese Vereinbarung zur alternativen BuS-Betreuung mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

_____

Ort, Datum **Unterschrift

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung sowie weitere Informationen zur BuS-Schulung. Bei Nichterreichung der Teilnehmerzahl behält sich der Veranstalter vor, das Seminar abzusagen und einen Ersatztermin anzubieten.

**Die Anmeldung ist nur gültig mit Unterschrift

Stand: 21. Februar 2024