

ANMELDUNG zur BuS-Schulung

Betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Aspekte (BuS)

An

medias Hannover
Oliver Busse & Martin Kleeman GbR
Lärchenstr. 3, 30855 Langenhagen
Tel.: 0511 / 353 93 54, **Fax: 0511 / 353 93 52**

busse & kleemann GbR
Seminarmanagement und Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitswesen

Hiermit melde ich mich bei der „Fachkundigen Stelle“ **medias Hannover – busse & kleemann GbR** verbindlich zur BuS-Betreuung nach dem „Unternehmermodell“ mit bis zu 50 Beschäftigten am

- Mi., 27.02.2019 – Erstschulung
- Fr., 01.03.2019 – Wiederholungsschulung
- Mi., 20.03.2019 – Erstschulung
- Fr., 22.03.2019 – Wiederholungsschulung
- Mi., 22.05.2019 – Erstschulung
- Mi., 05.06.2019 – Erstschulung
- Fr., 14.06.2019 – Wiederholungsschulung

an.

Kosten: Die Kursgebühr beträgt € 249,- (inkl. MwSt., Schulungsunterlagen, Wasser, Tee, Kaffee, Gebäck)

Kursdauer: 14 bis 19 Uhr

Veranstaltungsort: Derzeit in Planung

*Praxis/Betriebsstätte: _____

weitere Betriebsstätten: _____

*Titel: _____ Fachrichtung/Berufsbezeichnung: _____

Name **Praxisinhaber/Unternehmer:** _____

*Name **Teilnehmer/In:** _____

*Straße: _____ *BGW-Nr: _____

*PLZ/Ort: _____

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 erklärt 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 Betriebsärzte oder 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. 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.

Ort, Datum

**Unterschrift

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung sowie weitere Informationen zur BuS-Fortbildung. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Einganges berücksichtigt. Bei Nichterreichung der Teilnehmerzahl behält sich der Veranstalter vor, das Seminar abzusagen und einen Ersatztermin anzubieten. Es werden 7 Punkte im Rahmen der zertifizierten ärztlichen Fortbildung bescheinigt.

***Die Anmeldung ist nur gültig mit Unterschrift.*

Stand: 19.11.2018