

ANMELDUNG zur BuS-Schulung / Alternative Betreuungsform

Betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Aspekte (BuS)

An

busse & kleemann GbR
Oliver Busse & Martin Kleemann GbR
Lärchenstr. 3, 30855 Langenhagen
Fax: 0511 / 353 93 52

busse & kleemann GbR
Seminarmanagement und Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitswesen

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

Samstag, 11. Mai 2019 – Erstschulung

an.

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 € 249,- (inkl. Schulungsunterlagen, Wasser, Tee, Kaffee, Gebäck)

Kursdauer: 14.00 bis 19.00 Uhr (6 Lehreinheiten á 45 Minuten)

Veranstaltungsort: Seminarhotel Aurich, Grüner Weg 2, 26605 Aurich

*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 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 Betriebsärzte oder Sicherheitsfachkräfte (z. Zt. Dr. Susanne Herrmann, Andreas Neumann). 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-Fortbildung. Bei Nichterreichung der Teilnehmerzahl behält sich der Veranstalter vor, das Seminar abzusagen und einen Ersatztermin anzubieten.

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