

**Anmeldung zur BGW  
Fortbildungsschulung  
als Webinar am Samstag  
08.05.2021 ab 10 Uhr**



**Anschrift der Praxis oder Betriebsstätte (Pflichtfeld)**

**Name, Vorname des Unternehmers (Pflichtfeld): Herr / Frau**

**Name, Vorname des Teilnehmers (Pflichtfeld) : Herr / Frau**

**Rechnungsanschrift:**

**BGW-Nr (Pflichtfeld)**

**Telefon**

**Email (Pflichtfeld)**

## **Verbindliche Anmeldung zum Schulungstermin für Unternehmer zur alternativen bedarfsorientierten und sicherheitstechnischen Betreuung**

-bitte zurück an Arbeitsmedizin-Schäfer:

per Post: Arbeitsmedizin-Schäfer, Postfach 1112, 31151 Sarstedt  
als email: [info@arbeitsmedizin-schaefer.de](mailto:info@arbeitsmedizin-schaefer.de)

Daten des BGW Mitgliedes:

**Vgl. Seite 1**

Hiermit erkläre ich, dass ich an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung gemäß der Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 der DGUV Vorschrift 2 bei dem Kooperationspartner der BGW Arbeitsmedizin-Schäfer teilnehme.

Die alternative bedarfsorientierte Betreuung beinhaltet:

- . die Teilnahme an Unternehmerschulungen
- . die Betreuung durch einen Arbeitsmediziner bzw. eine Sicherheitsfachkraft bei Bedarf.

Kosten: €200 zzgl. 16% USt..

Darin enthalten sind die Schulung als Webinar sowie eine kostenfreie telefonische arbeitsmedizinische und/oder sicherheitstechnische Beratung (insgesamt 30min).

(Der Betrag ist bis spätestens 3 Tage vor dem Schulungstermin vollständig zu überweisen, unter Angabe des Schulungstermins und des Unternehmens, sonst ist eine Teilnahme an der Schulung nicht möglich!)

Ich bin darüber informiert, dass Arbeitsmedizin Schäfer im Rahmen seiner Meldepflichten gegenüber der BGW meine Teilnahme, an der Betreuungsform und den damit verbundenen Schulungsereignissen, mit Nennung von Namen, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort des teilnehmenden Betriebs mitteilt.

Ich kann meine Teilnahme an der Alternativen Betreuung jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich bin darüber informiert, dass Arbeitsmedizin-Schäfer im Rahmen seiner Meldepflichten gegenüber der BGW die Kündigung meiner Teilnahme mit Nennung von Namen, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort des teilnehmenden Betriebs mitteilt.

-bitte AGB beachten, nachzulesen auf: [www.arbeitsmedizin-schaefer.de](http://www.arbeitsmedizin-schaefer.de)-

---

## **Angebot zur arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung**

Nach erfolgreicher Teilnahme an der Schulung werden Sie bedarfsorientiert arbeitsmedizinisch von Arbeitsmedizin-Schäfer und sicherheitstechnisch von Stefan Hinze betreut.

Nur im Falle eines Bedarfs bzw. bei besonderen Anlässen und erst nach zusätzlicher schriftlicher Beauftragung zur Betreuung entstehen je folgende Kosten.

### **Kosten für die arbeitsmedizinische Betreuung**

> Pauschale für die einmalige bedarfsorientierte Betreuung in Höhe von €450 zzgl. 16% Umsatzsteuer (beinhaltet 3h vor Ort Betreuung).

Fahrtkostenpauschale: €100 zzgl. 16% Umsatzsteuer (bei Entfernungen >50km zum Schulungsort nach gesonderter Vereinbarung)

Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen zum 1,8fach Satz (angelehnt an die GoÄ)

### **Kosten für die sicherheitstechnische Betreuung**

Der Stundensatz für die sicherheitstechnische Betreuung vor Ort beträgt 65 €.

Bürozeiten z.B. für die Erstellung von Betriebsanweisungen, telefonische Beratung etc. werden mit 45 € berechnet. Für Unternehmen im Umkreis von 20 Km entstehen keine zusätzlichen Fahrtkosten. Unternehmen ab 20 -50 km Entfernung zahlen eine Anfahrs.- u. Abfahrtspauschale von 40 € je Anfahrt.

Stefan Hinze, Büro für Arbeitssicherheit & Brandschutz Gustav-Schenk-Weg 45, 30455 Hannover

Tel: 0511-4733672, Fax: 0511-2159789 Mail: stefanhinze@web.de, Web:

[www.arbeitssicherheit-stefanhinze.de](http://www.arbeitssicherheit-stefanhinze.de)

Eine einzelne Beauftragung (also z.B. nur zur arbeitsmedizinischen oder nur sicherheitstechnischen Betreuung ist möglich)

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und melde mich verbindlich zur Schulung an (bitte AGB beachten, nachzulesen auf:

[www.arbeitsmedizin-schaefer.de](http://www.arbeitsmedizin-schaefer.de)).

---

**Datum**

**Unterschrift**

---

### **Kontoverbindung Arbeitsmedizin-Schäfer:**

Deutsche Apotheker und Ärztebank

Arbeitsmedizin-Schäfer

IBAN: DE66 3006 0601 0001 451545

BIC: DAAEDEDXXX