

BEHOV AV FÖRETAGSHÄLSOVÅRDSTJÄNSTER

Arbetsplats	Arbetsgivare eller företagare	Fax.nr
	Direktörens namn	Tel.nr E-post
	Kontaktperson	Tel.nr E-post
	Adress	
	Avvikande faktureringsadress	
	FO-nummer	Huvudsaklig bransch
	Försäkringsbolag för olycksfall	Försäkringsbolag för pension
	Bokföringsperiod	
	Beskrivning av arbetsuppgifter	
	Risker i arbetet	
Arbetstagare	Arbetstagare sammanlagt	
	Antal kontorsanställda	Antal arbetstagare
Företagshälsovård	Arbetsgivaren önskar köpa företagshälsovårdstjänster fr.o.m.	
	Lagstadgad företagshälsovård (Företagshälsovårdslagen §12)	
	Sjukvårdsavtal (utökad företagshälsovård)	
Övrigt		
Underskrift	Ort	Datum Underskrift
Mottaget	Datum	

Returneras till:
 Malax kommun / Malax-Korsnäs HVC
 Företagshälsovården
 Stampvägen 2
 66100 MALAX