Arbeitsmedizinische Vorsorge - (Stand 02/2019)

**Anmeldebogen für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille**

# An die

Betriebsärztliche Dienststelle

FB/Zentrale Einrichtung:

Institut/Seminar/Abteilung:

## Mitarbeiter/in (private Anschrift)

Name, Vorname: geb. am

Straße:

PLZ/Ort:

Ruf dienstlich: Email:

Finanzierung aus Landesmitteln Drittmitteln





Kostenstelle: Abrechnungsobjekt:

## Vorgesetzter

Name:

Telefon: Email:

Datum, Unterschrift des Vorgesetzten