

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ÜBER DAS UNTERNEHMEN

ALLGEMEINE AUSKÛNFTE

VOLLSTÄNDIGER NAME DES UNTERNEHMENS															EV. FIRMENZEICHEN									
STRASSE															NR.									
POSTLEITZAHL					STADT										LAND									
TELEFON										FAX														
NAME DES SICHERHEITSVERANTWORTLICHEN										TELEFON					TELEFAX									
REGISTERNUMMER															e-mail ADRESSE									
															-----@-----									

MEDIZINISCHE AUSKÛNFTE UND INFORMATIONEN

NAME ODER BEZEICHNUNG DES MEDIZINISCHEN DIENSTES DES UNTERNEHMENS																													
CHEFARZT ODER ÄRZTLICHER LEITER															TELEFON														
STRASSE															NR.														
POSTLEITZAHL					STADT																								

ACHTUNG !!!

Dieses Formular muss ausgefüllt und der CNT (CARE NS PPA) vor dem ersten Einsatz und nach jeder Änderung der angegebenen Informationen zugeschickt werden. Ausserdem informieren wir Sie darüber, dass, gemäss Artikel 10 des K.E. des 25-04-1997, ähnliche Informationen der Verwaltung der Betriebshygiene und der Arbeitsmedizin vor Einsatz in den Kontrollbereichen mitgeteilt werden müssen.

Es handelt sich um die vorhergehende Erklärung, deren Einzelheiten im Artikel 11 erläutert sind. Die Anschrift dieser Behörde lautet:

Administration de l'Hygiène et de la Médecine du Travail
rue Belliard, 53 1040 - BRUXELLES
Tél. : +32 (0)2/233.46.03 Fax : +32 (0)2/233.46.39

RESERVIERT ELECTRABEL :	DATE ENCODAGE	----/----/----	TRIG OPERATEUR :	-----
--------------------------------	---------------	----------------	------------------	-------