

Profil der Betriebsärztin/des Betriebsarztes, die/der zum Einsatz kommt

Profil	
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Studium, Zusatzausbildung/Weiterbildung	
Bisheriger beruflicher Werdegang (bitte kurze tabellarische Übersicht)	
Erfahrungen von min. 1 Jahr in der öffentlichen Verwaltung (welche öffentliche Verwaltung, dortige Ansprechpartner mit Telefonnummer, Anzahl der betreuten Mitarbeiter, Betreuungszeitraum) entsprechend 4.2 Leistungsverzeichnis	
Fort- bzw. Weiterbildungen und Qualifizierungen, die ausschließlich im Zusammenhang mit der betriebsärztlichen Tätigkeit stehen (bitte diesbezügliche Nachweise beifügen)	

Erfolgt dies nicht, kann das Angebot von der Wertung ausgeschlossen werden.

Es wird bestätigt, dass der Unterzeichner nur Personen zur Leistungserbringung einsetzt, die die deutsche Sprache in Wort und Schrift vollumfänglich beherrschen und die Weiterbildung zur Betriebsärztin/zum Betriebsarzt in Deutschland erworben haben oder diese in Deutschland anerkannt wurde.

Des Weiteren wird bestätigt, dass nur Personen zur Leistungserbringung eingesetzt werden, die den Anforderungen körperlich und geistig gewachsen sind.

Es wird bestätigt, dass alle oben getätigten Angaben korrekt sind.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Name der/des Erklärenden in Textform)

(Name der natürlichen Person, die die Erklärung abgibt, in **Druckbuchstaben**)

Profil der dauerhaften Vertretung der Betriebsärztin/des Betriebsarztes:

Profil	
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Studium, Zusatzausbildung/Weiterbildung	
Bisheriger beruflicher Werdegang (bitte kurze tabellarische Übersicht)	
Erfahrungen von min. 1 Jahr in der öffentlichen Verwaltung (welche öffentliche Verwaltung, dortige Ansprechpartner mit Telefonnummer, Anzahl der betreuten Mitarbeiter, Betreuungszeitraum) entsprechend 4.2 Leistungsverzeichnis	
Fort- bzw. Weiterbildungen und Qualifizierungen, die ausschließlich im Zusammenhang mit der betriebsärztlichen Tätigkeit stehen (bitte diesbezügliche Nachweise beifügen)	

Erfolgt dies nicht, kann das Angebot von der Wertung ausgeschlossen werden.

Es wird bestätigt, dass der Unterzeichner nur Personen zur Leistungserbringung einsetzt, die die deutsche Sprache in Wort und Schrift vollumfänglich beherrschen und die Weiterbildung zur Betriebsärztin/zum Betriebsarzt in Deutschland erworben haben oder diese in Deutschland anerkannt wurde.

Des Weiteren wird bestätigt, dass nur Personen zur Leistungserbringung eingesetzt werden, die den Anforderungen körperlich und geistig gewachsen sind.

Es wird bestätigt, dass alle oben getätigten Angaben korrekt sind.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Name der/des Erklärenden in Textform)
(Name der natürlichen Person, die die Erklärung abgibt, in Druckbuchstaben)