



## Untersuchungsauftrag und Kostenübernahmeerklärung

für City-Arbeitsmedizin, Rheinstraße 31, 65185 Wiesbaden

Auftraggeber:

Firmenanschrift:	Stempel
Ansprechpartner:	
Kontaktdaten:	

Hiermit beauftragen wir die City-Arbeitsmedizin, Rheinstraße 31, 65185 Wiesbaden mit der Durchführung der nachfolgend benannten Untersuchung/en für die benannten Personen. Mit dem vereinbarten Honorar / der Preisliste der City-Arbeitsmedizin sind wir einverstanden. Die Laborkosten und Impfungen werden ebenfalls durch uns übernommen, wir haben Verständnis, dass es nicht möglich ist diese bereits aufzuführen.

Zu untersuchende Person: Name, Vorname, Geburtsdatum, gewünschte Untersuchung:


\*bei Platzmangel erstellen Sie bitte eine separate Liste als Anhang, bitte unterschreiben Sie diese.

Besondere Hinweise oder Fragestellung:

.....

Datum: Unterschrift