

Verzichtserklärung der Vorsorgeuntersuchung

F.GF.HV.33.00

Gültigkeit/Verteiler:

☒													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Verzichtserklärung

Hiermit bestätige ich _____,
(Name, Vorname in Druckbuchstaben)

in meiner Funktion als _____
(Berufsbezeichnung bei der Holsingvital GmbH)

auf die gesetzliche Vorsorgeuntersuchung durch den Betriebsarzt zu verzichten.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Mitarbeitenden s.o.)

Bestätigung der Kenntnisnahme durch die Leitung

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Leitung)