Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

Tetanus-Impfmeldung

(Namensliste der gegen Tetanus geimpften Arbeitnehmer)

Firmenanschrift (Blockschrift oder Stempel)

Bankleitzahl

Kontonummer

Betriebsnummer

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Abteilung
Unfallverhütung und Berufskrankheitenbekämpfung
Verrechnungsgruppe

Adalbert-Stifter-Straße 65
A-1201 Wien

Bitte beachten Sie die Richtlinien für den exponierten Personenkreis.
Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an die AUVA-Verrechnungsgruppe.

FAMILIENNAME	Vorname	Vers.-Nr.	Geburtsdatum Tag	Monat	Jahr	Tätigkeit	Nr. der Teil-impfung	Impfdatum

Datum: Ort: Für die Richtigkeit:

Weitere Namen bitte auf die zweite Seite schreiben.

Stempel der einsendenden Stelle, Unterschrift

DVR: 0024163

Tetanus-Impfmeldung

(Namensliste der gegen Tetanus geimpften Arbeitnehmer)

FAMILIENNAME	Vorname	Vers.-Nr.	Geburtsdatum Tag Monat Jahr	Tätigkeit	Nr. der Teil-impfung	Impfdatum

Datum: Ort: Für die Richtigkeit:

Stempel der einsendenden Stelle, Unterschrift

DVR: 0024163