Säfflehälsan

Beställning av Företagshälsovårdsinsatser

Personuppgifter (den som beställningen avser)

Namn, arbetstagare
Arbetsställe/Enhet

Uppdrag

Kryssa i nedan

- ☐ Beställningen begränsas till (antal) besök. Alternativt t.o.m. (datum)
- ☐ Jag vill ha kontakt med företagshälsovården för en avstämning inför insatsen.
- ☐ Återkoppling från företagshälsovården ingår i beställningen.

Den individ som beställningen avser meddelas tidsbokning etc. via beställare (gäller första tillfället)

Underskrift (beställare)

Ort	Datum
Underskrift av beställande chef	
Namnförtydligande	
Kontaktuppgifter beställare: E-post:	Telefon:
Fakturareferens:	