**Adatkérő lap**

Cég neve:

Székhelye:

Telephelye:

Telefon:

Cégjegyzék száma:

Adószáma:

Bankszámla száma:

TEÁOR száma:

Fő tevékenység:

Cégvezető neve és telefonszáma:

Kapcsolattartó neve, elérhetőségei:

Tel:

Email:

Munkavállalók aktuális létszáma: …….. fő

Foglalkozás egészségügyi osztály:

(a 89/1995.(VII.14.) Korm. rendelet 4. számú melléklete alapján )

„A”………fő, „B”……fő , „C”……..fő, „D”……fő

Budapest,

Aláírás