

## Auftragsbestätigung und Erklärung der Kostenübernahme

Leopoldstr. 2 - 8  
32051 Herford

An: ARBEMED  
info@arbemed.de

www.arbemed.de  
E-Mail: info@arbemed.de

Von: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Auftraggeber, Firmenname, Anschrift, Telefon)

Wir beauftragen Herrn Dr. med. Martin Sander - ARBEMED - mit der/den arbeitsmedizinischen  
Vorsorge/n bzw. Untersuchung/en

am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Vorsorge/n / Untersuchung/en: \_\_\_\_\_

Für: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Probanden)

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie dieses Formular als Bestätigung des Auftrages und der Übernahme der  
Kosten für die Untersuchung/en an uns zurück.**

*Die Absage eines Termins muss schriftlich/per E-Mail erfolgen. Werden zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Termine nicht eingehalten und hat dieses der Auftraggeber zu vertreten, so kann die ARBEMED GmbH bei Absage weniger als 3 Arbeitstage vor dem vereinbarten Termin 100 % der hierdurch entstandenen Ausfallzeiten unter Ansatz der vereinbarten Vergütung in Rechnung stellen.*

Mit freundlichen Grüßen  
ARBEMED

---

**Wir bestätigen den Auftrag/Termin, die Kostenübernahme und die Kenntnisnahme der  
Stornobedingungen.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Firmenstempel)