

Sehr geehrter Prävent-Partner,  
herzlich willkommen bei der **Prävent GmbH**, dem Spezialisten für Verkehrsmedizin.

Gemeinsam mit dem **BZP**, Ihrer Landesorganisation, haben wir für Sie ein **Komplettpaket** rund um das Thema Verkehrsmedizin entwickelt. Grundlage für Ihre Betreuung sind die gesetzlichen Bestimmungen für betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Pflicht-Untersuchungen bzw. -Beratungen. Sämtliche Formalitäten werden von uns für Sie vorbereitet.

**Mit Abschluss eines individuellen Betreuungsvertrages mit uns entscheiden Sie sich für einen professionellen „Premiumschutz“ rund um Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik – Rundumbetreuung zu einem unschlagbaren Preis.** Die Einhaltung der gesetzlichen Betreuungsintervalle wird durch unser Terminerinnerungssystem unterstützt, sodass Sie nur den Autopiloten einschalten müssen. Wir kümmern uns um Ihre Belange.

Wir haben für Sie die gesetzlichen Bestimmungen in einem einfachen und für Sie gut durchführbaren Konzept umgesetzt und bieten Ihnen zur innerbetrieblichen Umsetzung in Ihrem Unternehmen die so genannte **„Regelbetreuung“** an. Wir führen für Sie regelmäßige Schulungen durch – Schulungsmaterial und Unterweisungsunterlagen für Ihre Mitarbeiter inklusive.

#### **In drei Schritten zum Prävent-Partner:**

1. Füllen Sie den beiliegenden Betreuungsvertrag mit dem Prävent Centrum aus.
2. Senden Sie die ausgefüllten Formulare per Fax, E-Mail oder auf dem Postweg an das Prävent Centrum.
3. Eine Kündigung für bisher bestehende Versorgungsverträge haben wir für Sie vorbereitet.

In dieser Mappe finden Sie alle Unterlagen für eine **Rundum-Sorglos-Betreuung**.  
Haben Sie noch Fragen? Zögern Sie nicht, sich mit uns in Verbindung zu setzen.  
Wir stehen Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Ihr Prävent-Team



Dr. Andreas Brune



Dr. Eiad J. Awwad

## VERTRAG ZUR ARBEITSMEDIZINISCHEN UND SICHERHEITSTECHNISCHEN BETREUUNG FÜR DAS VERKEHRSGEWERBE (TAXI, MIETWAGEN, BUS)

Hiermit wird die Prävent GmbH mit der nachfolgend aufgeführten Dienstleistung beauftragt:

Leistung: Arbeitsmedizinisches und sicherheitstechnisches Unternehmer-Komplettpaket

Kosten pauschal pro Jahr: (Bitte das entsprechende Feld ankreuzen/ausfüllen)

<input type="checkbox"/>	<b>19,90 €**</b> pro Mitarbeiter* für Mitglieder im BZP***
<input type="checkbox"/>	<b>24,50 €**</b> pro Mitarbeiter* für Nichtmitglieder im BZP
<input type="checkbox"/>	Anzahl der Mitarbeiter*

Die Pauschale ist jährlich im Voraus zu entrichten.  
Die Preise gelten nur bei Teilnahme am Lastschriftverfahren!

Der Unternehmer erkennt ausdrücklich an, dass auch bei Nichtinanspruchnahme der vertraglichen Leistungen die Rechnung zahlungspflichtig ist, da Personal und Dienstleistungen jederzeit bereitgehalten werden.

Der Betreuungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Jahren geschlossen und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der zunächst vorgesehenen Vertragsdauer die schriftliche Kündigung erfolgt.

Vertragsbeginn ist der: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die oben gemachten Angaben

Vertragspartner/Unternehmer Stempel \_\_\_\_\_

Bestätigung durch Prävent GmbH \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\* auch Teilzeitbeschäftigte  
\*\* zzgl. ges. USt.  
\*\*\* auf Verlangen von Prävent ist die BZP-Mitgliedschaft durch eine Bescheinigung der BZP-Mitgliedsorganisation nachzuweisen. Geschieht dies nicht innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung, erfolgt die Einstufung als Nichtmitglied.

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige(n) ich/wir

Name/Firma: \_\_\_\_\_

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

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

die Firma

**Prävent GmbH**  
**Hängelstraße 21**  
**44149 Dortmund**

widerruflich, im Wege des Lastschriftverfahrens die fälligen Rechnungen auf vereinbarter Vertragsbedingungen und/oder erbrachter Leistungen von meinem/unserem Konto

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ abzubuchen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_

# Kündigung

**Angaben zum Vertragspartner:**

Name: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Hiermit kündige(n) ich/wir fristgerecht den mit Ihnen geschlossenen Vertrag zur arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung für das Verkehrsgewerbe (Taxi, Mietwagen, Bus).**

Name: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Unternehmers/Stempel