



ANMÄLNINGSBLANKETT FÖR FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Företagets namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Kontaktperson: _____

E-postadress: _____

Företagets bransch: _____

FO-NR: _____

Företagets försäkringsbolag: _____

Företagets räkenskapsperiod: _____

Antal anställda: _____

Risikfaktorer i arbetet:

Returneras till:

Ålands hälso- och sjukvård
Företagshälsovården
PB 1055

E-post: camilla.wikstrom@ahs.ax
Telefon: Företagshälsovårdare: 018-538439
Avdelningssekreterare: 018-538438