

**TYÖTERVEYSPALVELUJEN HANKKIMINEN**

Haluamme hankkia tarvitsemamme työterveyspalvelut Kaarinan kaupungin Terveyspalveluiden Työterveyshuollosta

Yrityksen nimi \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelin n:o \_\_\_\_\_ Faksi n:o \_\_\_\_\_

E- mail \_\_\_\_\_

Yrityksen toimiala \_\_\_\_\_

Toimialaluokka \_\_\_\_\_ Y-tunnus \_\_\_\_\_ Tilikausi päättyy \_\_\_\_\_

Yrityksen tapaturmavakuutusyhtiö \_\_\_\_\_

Yrityksen eläkevakuutusyhtiö \_\_\_\_\_

Henkilökunnan lukumäärä \_\_\_\_\_

Työterveyshuoltoa ei ole järjestetty aikaisemmin \_\_\_\_\_

Työterveyshuolto on järjestetty aikaisemmin \_\_\_\_\_

Haluttavat palvelut:           Lakisääteiset vähimmäispalvelut \_\_\_\_\_

Lakisääteisten lisäksi sairaanhoito ja muita  
terveydenhuoltopalveluja \_\_\_\_\_

Asiaa yrityksessä hoitavan henkilön nimi \_\_\_\_\_

Ilmoitus työterveyshuoltopalvelujen hankkimisesta sitoo ilmoitettua yritystä tois-  
taiseksi niin kauan, kunnes kirjallisesti ilmoitetaan, ettei palveluja enää tarvita.

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2009

Ilmoittajan allekirjoitus \_\_\_\_\_  
(nimen selvennys)

ESITIEDOT YRITYKSESTÄ:

TOIMIPISTEET

TOIMINNAN KUVAUS

tuotannon laatu

työssä käytettävät aineet

tuotannossa syntyvät aineet

tärkeimmät koneet

TYÖPAIKALLA ESIINTYVÄT TERVEYDELLISET HAITTATEKIJÄT

HENKILÖSTÖ: (tarvittaessa erillinen lista)

Nimi	sos.turvatusnumero	ammatti / työtehtävä

TYÖPAIKKAJÄRJESTELYT

SAIRASPOISSAOLOJEN TAVALLISIMMAT SYYT

SATTUNEET VAKAVAMMAT TYÖTAPATURMAT

TODETUT AMMATTITAUDIT

ENSIAPUKOULUTETUT HENKILÖT: EA 1 \_\_\_\_\_ , EA 2 \_\_\_\_\_ , EA 3 \_\_\_\_\_

Tämän lomakkeen liitteenä pyydetään jäljennökset alla mainituista käytettävissä olevista asiakirjoista:

- aiemmin suoritettujen työhygieenisten mittausten tulokset
- yrityksen työsuojeluorganisaatio
- työsuojelutarkastajan tarkastuspöytäkirjat
- käyttöturvallisuustiedotteet
- yrityksen pohjapiirros / pohjapiirrokset