

Zur Vorlage bei dem zugelassenen Arzt

B e s c h e i n i g u n g
e i n e s U n t e r n e h m e n s d e r S e e s c h i f f f a h r t

zur kostenfreien Vornahme der deutschen Seediensttauglichkeitsuntersuchung

1.) Ich/ Wir bestätige/ n für den/ die

A r b e i t n e h m e r / i n

S e l b s t ä n d i g e / n

| | | |
|---------|------|------|
| Vorname | Name | geb. |
|---------|------|------|

2.) **Für Arbeitnehmer/innen:**

... dass die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung unter der
achtstelligen Betriebsnummer¹⁾ _____
an die BG Verkehr entrichtet werden.

Für Selbständige:

... dass die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung unter der
neunstelligen Betriebsnummer¹⁾ _____
an die BG Verkehr entrichtet werden.

3.) **Mir/ uns ist bekannt, dass die BG Verkehr, Dienststelle Schiffsicherheit, die Kosten der deutschen Seediensttauglichkeitsuntersuchung von mir/ uns zurückfordern kann, wenn die Angaben falsch sind.**

| | | |
|------------|--------------|---------------|
| Ort, Datum | Unterschrift | Firmenstempel |
|------------|--------------|---------------|

1) Immer beginnend mit 990..., 991..., 992... oder 099...!