

Anlagevordruck 2 zur Ermächtigung nach Druckluftverordnung (DruckLV)

von Frau / Herrn _____

gefährdende Tätigkeit	Betrieb (Anschrift)	Anzahl der zu untersuchenden Beschäftigten	Zentrum bzw. Praxis*	Betrieb*	sonstiger Untersuchungsort (Anschrift)

*zutreffenden Untersuchungsort bitte ankreuzen / benennen

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------