

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**

**über die kostenfreie 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 Mitgliedsnummer<sup>1)</sup>** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

an die BG Verkehr entrichtet werden.

**Für Selbständige:**

... dass die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung unter dem

**neunstelligen Aktenzeichen<sup>1)</sup> meiner Beitragsrechnung, (siehe „Unser Zeichen“)**

**HV-M -** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

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...!