**Orts-/Fachkraft für Arbeitssicherheit:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Betriebsarzt/-ärztin:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:** BAD Zentrum

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Landeskirchliche/r Koordinator/in für Arbeitssicherheit:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Mitarbeitervertretung:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Kirchliches Bauamt / Denkmalpflege:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Glockensachverständige/r der Landeskirche:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Fachstelle für Arbeitssicherheit der Evangelischen Kirche in Deutschland:**

**Name:** Evangelische Fachstelle für Arbeits- und Gesundheitsschutz (EFAS)

**Straße:** Otto-Brenner-Straße 9 **Tel.:** 0511 / 27 96 -640

**PLZ/Ort:** 30159 Hannover **E-Mail:** info@efas-online.de

**Gesetzlicher Unfallversicherungsträger** (für Mitarbeiter/innen z. B. in Einrichtungen zur Kinderbetreuung, Pflegeeinrichtungen, diakonischen Beratungsstellen):

**Name:** **B**erufsgenossenschaft für **G**esundheitsdienst und **W**ohlfahrtspflege

**Mitglieds-Nummer:**

**Bezirksstelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Gesetzlicher Unfallversicherungsträger** (für Mitarbeiter/innen z. B. in Kirchengemeinden, kirchlichen Einrichtungen, Verwaltungs- und Beratungsstellen):

**Name:** Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (**VBG**) **Mitglieds-Nummer:**

**Bezirksverwaltung:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Gesetzlicher Unfallversicherungsträger** (für Mitarbeiter/innen auf kirchlichen Friedhöfen):

**Name:** **S**ozial**v**ersicherung für **L**andwirts., **F**orsten und **G**artenbau **Mitglieds-Nummer:**

**Bezirksstelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Gewerbeaufsichtsamt:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Gesundheitsamt:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**

**Name:** Herr/Frau

**Dienststelle:**

**Straße:** **Tel.:**

**PLZ/Ort:** **E-Mail:**