

# ARBEITSPLATZ NFZ

Gesunderhaltung: ausgezeichnet mit dem AGR Gütesiegel



## RÜCKENSCHMERZEN?

Ist Ihr Arbeitsplatz in einem LKW, Bau- oder Landmaschine und Sie haben ein ärztliches Attest über eine Beeinträchtigung des Bewegungsapparates? Dann haben Sie berechnete Chancen auf eine Kostenübernahme eines RECARO Gesundheitssitzes.

Sichern Sie sich jetzt ihre kostenlose Unternehmensberatung zum ergonomischen Arbeitsplatz Sitz.

Wir erledigen alles für Sie – **KOSTENLOS!**

- **Beratung zur Arbeitsplatzadaptierung**
- **Kostenvoranschlag zur beruflichen Maßnahme der Rehabilitation**
- **Einreichung bei den Rehabilitationsträgern**
- **Abwicklung inkl. Einbau nach Genehmigung**

### IHR ARBEITSPLATZ FÜR:



NFZ-LKW



Abb. RECARO NFZ Sitz TAS7000

Spezielle TAS Gesundheitssitze auch für:

NFZ-Baumaschine

NFZ-Landmaschine  
(auch für Zugmaschinen)

Transporter  
(mit Luftfederung)

NFZ-Stapler  
(Groß und Containerstapler)

### Team Arbeitsplatz Sitz Partner(NFZ Sitze)

Matik Handels GmbH, 1030 Wien-St. Marx Tel.: +43-(0)1-7989911-0  
Matik Handels GmbH, 2721 Bad Fischau, Tel.: +43-(0)2622-42000  
Matik Handels GmbH, 3100 St. Pölten, Tel.: +43-(0)2742-90520  
Matik Handels GmbH, 4060 Leonding, Tel.: +43-(0)732/922275  
Matik Handels GmbH, 7000 Eisenstadt, Tel.: +43(0)2682-90943  
Matik Handels GmbH, 8055 Graz, Tel.: +43-(0)316-296040  
Matik Handels GmbH, 9020 Klagenfurt, Tel.: +43-(0)463-33562  
Matik Handels GmbH, 9500 Villach, Tel.: +43-(0)4242-318091

Kostenlose Beratung und Probesitzen **nach Terminvereinbarung** in den Sitzstudios aller Team Arbeitsplatz Sitz Partner möglich!  
Team Arbeitsplatz Sitz Österreich: Deutschstrasse 6, 1230 Wien, Tel: +43 (0) 1 614 60-0  
[www.gesundheitssitz.at](http://www.gesundheitssitz.at)

## GUTSCHEIN

für eine kostenlose Unternehmensberatung der Arbeitsplatzadaptierung zur beruflichen Rehabilitation.  
Einzulösen bei Ihrem Team Arbeitsplatz Sitz.





# TEAM ARBEITSPLATZ SITZ

## Antragsformular **RECARO** Gesundheitssitz zur beruflichen Maßnahme der Rehabilitation

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Nummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon/E-Mail

.....  
Fahrzeug/ Marke/Type/Baujahr

Sozialversicherungsnummer:

.....

Beschäftigt bei Firma

.....

KM-Leistung/Betriebsstunden Jahr:

.....

### **Rehabilitations- oder Kuraufenthalte bzw. ärztliche Gutachten bitte beilegen!**

Der Antragsprozess ist unser Leistungsvorschuss. Mit Ihrer Unterschrift honorieren Sie unsere Arbeit und verpflichten sich, uns über sämtliche Kommunikation der PVA / SVA ehest möglich zu informieren! Es entstehen für Sie keinerlei Kosten, auch wenn der Antrag abgelehnt wird!

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Für Rückfragen steht Ihnen Ihr Betreuer Hr. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ zur Verfügung.

Persönliche Daten werden ausschließlich für interne Zwecke verwendet.  
Nähere Details zur Abwicklung entnehmen Sie dem Infoblatt auf der Rückseite.

In Kooperation mit

