

Einstiegsqualifizierung

Vermerk der Agentur für Arbeit
Maßnahme-Nr.
Eingangsvermerk

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Bestätigung der Anmeldung zur Sozialversicherung

Hiermit wird bestätigt, dass der/die folgende Beschäftigte

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

durch folgenden Arbeitgeber

Firmenname: _____ (oder Firmenstempel)

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

seit dem _____ (laufend)

 vom _____ bis zum _____

nicht zur Sozialversicherung angemeldet ist.

(Ort/Datum)

(Stempel und Unterschrift der Krankenkasse)