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)