

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: _____
<input type="checkbox"/> seit dem _____ (laufend)
vom _____ bis zum _____
<input type="checkbox"/> nicht
zur Sozialversicherung angemeldet ist.

_____ (Ort/Datum)

_____ (Stempel und Unterschrift der Krankenkasse)