

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

Na- _____ *Vorname:* _____ *geb.:* _____
me: _____

durch folgenden Arbeitgeber

Firmenna- _____ *(oder Firmenstempel)*
me: _____

Straße: _____

PLZ: _____ *Ort:* _____

seit _____ *(laufend)*
dem _____
vo _____
m _____ *bis zum* _____

nicht

zur Sozialversicherung angemeldet ist.

(Ort/Datum)

(Stempel und Unterschrift der Krankenkasse)