

Einstiegsqualifizierung

Vermerk der zuständigen Einrichtung
Maßnahme-Nr.
Eingangsvermerk

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Bestätigung der Anmeldung zur Sozialversicherung

Hiermit wird bestätigt, dass der/die folgende Beschäftigte
Na-
me: _____ Vorname: _____ geb.: _____
durch folgenden Arbeitgeber
Firmenna-
me: _____ (oder Firmenstempel)
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
 seit
dem _____ (laufend)
vom _____ bis zum _____
 nicht
zur Sozialversicherung angemeldet ist.

(Ort/Datum)

(Stempel und Unterschrift der Krankenkasse)