ASD

Der arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienst für das Verkehrsgewerbe

Absender

_____

_____

_____ _____

BG Verkehr Mitgliedsnr.: M _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ASD - Zeichen: A _ _ _ _ _ _ _

asd@bg-verkehr.de
www.asd-bg-verkehr.de

Telefon: (040) 3980-2250
Telefax: (040) 3980-2257

# ASD-Mitarbeiternachweis 2016

| Gewerbezweig / Betriebsart | Schlüssel-zahl | ganzjährig Vollbeschäftigte | umgerechnete Teilzeitkräfte |
|---|---|---|---|
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| _____ | _____ | □□, 0 | □□,□ |
| | Zwischensummen | □□, 0 + | □□,□ |
| | **Gesamtsumme** | □□,□ | |

Der/Die Unterzeichner/-in versichert ausdrücklich, dass die von ihm/ihr gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sowie unter Beachtung der beiliegenden Erläuterungen zum Mitarbeiternachweis gemacht worden sind.

_____ , den _____
Ort Datum

Unterschrift und Firmenstempel
Unterzeichnung in Vertretung ist zu kennzeichnen!