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 2017

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!