

Anlage

Bitte im Original bis zum
15.11.2021 zurückgeben!

ARBEITSPLATZ

Name, Vorname des/der Bewerbers/-in	
--	--

Angaben des Arbeitgebers:

Name des Arbeitgebers	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Telefonnummer	

Die o. g. Person ist seit dem _____ bei mir sozialversicherungspflichtig
in meinem **Geschäftssitz in Senden** beschäftigt.

Soweit Anschrift der Firma und Anschrift des Geschäftssitzes abweichend, Anschrift
des Geschäftssitzes in Senden:

--

Bei Selbstständigen (im Haupterwerb):

Name der Firma	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	

Meine o. g. Firma hat seit dem _____ ihren Geschäftssitz in Senden.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/-in

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber/-in