

■ VERKEHR

## Übersicht der vorhandenen PBefG-Mitarbeiter/-innen

■ Antragsteller

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Betriebssitz \_\_\_\_\_

■ Mitarbeiter

Name	Vorname	Geb.-Datum	Gültigkeit FzF-Schein	Nummer FzF-Schein	Ausstellende Behörde	Arbeitsstd. pro Woche	Krankenkasse	Beschäftigt seit