

■ VERKEHR

**Mitarbeiterliste zum Antrag von**

Firma \_\_\_\_\_ Betriebssitz \_\_\_\_\_

■ **Mitarbeiter**

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