

Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder von Arbeitsschuhen

Auftraggeber

Firma: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Mitarbeiter/in

Vorname / Name: _____

Geburtsdatum: _____

Schuhmodell: _____

Es werden Schuhe mit den folgenden Sicherheitsanforderungen benötigt:

S1 S1P S2 S3 ESD

Erforderliche orthopädische Veränderungen am Schuh:

- ein Paar antistatische Einlagen nach Maß
- orthopädische Schuhzurichtung
(z. B. Schuherhöhung, Ballenrollen, Innen-/Außenranderhöhung, etc.)
- orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß

Kostenübernahmeerklärung (Arbeitgeberanteil für Arbeitssicherheitsschuhe)

Wir erklären uns hiermit bereit, dass wir für den oben genannten Mitarbeiter/die oben genannte Mitarbeiterin den Arbeitgeberanteil von _____ € netto übernehmen.

Datum / Unterschrift mit Firmenstempel



Oldenburger Str. 13
26316 Varel



Tel. 04451 6828
Fax 04451 84701



varel@osline.eu
www.osline.eu

