

Notwendigkeitsbescheinigung

Für Maßschuhe/ Maßeinlagen/ Schuhzurichtungen an Sicherheitsschuhen

Auftraggeber

Firma	
Abteilung	
Straße	
PLZ, Ort	

Hiermit bestätigen wir, dass unser/e Mitarbeiter/in

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Abteilung	

Schuhe mit folgenden Sicherheitsanforderungen

- S1 S1P S2 S3 ESD

benötigt.

Weiter sind folgende orthopädische Veränderungen am Schuh erforderlich:

- 1 Paar antistatische Einlagen nach Maß

- Orthopädische Zurichtung

Kostenübernahmeerklärung

ARBEITGEBERANTEIL FÜR ARBEITSSICHERHEITSSCHUHE

Wir erklären uns hiermit bereit, dass wir für o.g. Mitarbeiter den Arbeitgeberanteil in Höhe von _____ € übernehmen.

- JA NEIN

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel