

MITARBEITERBESTÄTIGUNG WORKING CONFIRMATION EMPLOYEES

Schulbetrieb / Center Details:

Mitgliedsnummer / Membership Number:

Schulname / Center Name: _____

Inhaber / Owner: _____

Straße / Street: _____

PLZ, Ort / Zip Code, City: _____ Land / Country: _____

Telefon / Phone: _____ Fax: _____

Website: _____ Email: _____

Wir bestätigen die Beschäftigung der in der folgenden Auflistung genannten Mitarbeiter. Die angegebenen Lizenzen wurden überprüft. Die Beendigung einer Beschäftigung wird umgehend an die VDWS Geschäftsstelle gemeldet.

We hereby confirm the employment of the following employees. The stated licences have been checked. In case of termination of employment we will immediately notify the VDWS.

Ort, Datum, Unterschrift / Place, Date, Signature

Mitarbeiterliste / List of employees:

Name, Vorname Name, Surname	Schulleiter Center Manager	Praktikumslizenz Internship Licence	Lizenznummer Licence Number	Mitgliedsnummer Membership Number
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K _____ W _____ C _____ J _____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K _____ W _____ C _____ J _____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K _____ W _____ C _____ J _____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K _____ W _____ C _____ J _____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K _____ W _____ C _____ J _____	_____