

Notwendigkeitsbescheinigung

Für Maßeinlagen / Schuhzurichtungen an Sicherheitsschuhen /
orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß

Auftraggeber:

Firma	
Abteilung	
Straße	
PLZ, Ort	

Hiermit bestätigen wir, dass unser/e Mitarbeiter/in

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Schuhmodell	

Schuhe mit folgenden Sicherheitsanforderungen werden benötigt:

S1 S1P S2 S3 ESD

Weiter sind folgende orthopädische Veränderungen am Schuh erforderlich:

- 1 Paar antistatische Einlagen nach Maß
- Orthopädische Schuhzurichtung
(z.B. Schuherhöhung, Ballenrollen, Innen- /Außenranderrhöhung, etc.)
- Orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

ARBEITGEBERANTEIL FÜR ARBEITSSICHERHEITSSCHUHE

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

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel