

per Mail an: stb-weissbrodt@kanzlei-nowe.de
 oder Fax: 03571/ 4877 21



Krankmeldungen

Mandantenname: _____

Monat: _____

	Name	von - bis	Mit Krank- schreibung ?				Datum letzter Arbeitstag vor Krank	Folge- beschei- nigung?	Arbeits- unfall ?	
			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
1			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
2			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
3			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
4			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
5			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
6			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
7			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
8			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
9			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
10			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
11			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
12			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
13			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
14			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>
15			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift: _____