



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 SIP 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.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel