

Sommer-Schnupperwoche 2019

Versicherungsformular

Senden Sie die Versicherungsanmeldung des Jugendlichen **vor Beginn der Sommer-Schnupperwoche an Fax. 087/ 891 176 oder iawm@iawm.be**

DATEN DES SCHNUPPERBETRIEBS

MWSt. - Nr: _____

Firmenname: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ / _____

E-Mail: _____ @ _____

Der Jugendliche
schnuppert in
folgendem/n Beruf/en:

DATEN DES SCHNUPPERNDEN JUGENDLICHEN

(unbedingt für jeden Jugendlichen getrennt auszufüllen!)

Name und Vorname : _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Zeitraum, in dem er/sie an der Sommer-Schnupperwoche teilnimmt:

(nur gültig vom 24. bis 28. Juni 2019 einschließlich)

Anzahl Tage im Betrieb: _____

ethias

Unterschrift des Betriebsleiters