



Krankenstandsmeldung / Arbeitsunfallmeldung

DIENSTGEBER:	
DIENSTNEHMER:	
Familiename:	
Vorname:	
Meldung:	<input type="checkbox"/> Krankenstand *)
	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall *)
Zeitraum:	von bis
das entspricht Arbeitstagen	

.....
Ort, Datum

Bitte um rasche Weiterleitung, da diese Information wichtig für die monatliche Lohn-/Gehaltsabrechnung ist!

*) Bitte ärztliche Bestätigung bzw. Meldung an AUVA mitsenden!