Krankmeldungen

Dittrich - Pfaff
Steuerberatungsgesellschaft mbH

Mandant: _____ Datum: _____

Personal-Nr.	Name	von - bis	Mit Krankschreibung		Arbeits-unfall	Krankmeldung Kind krank /Lohnfortzahlung	
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja	◯ Ja	◯ Ja ◯ Nein