

Erklärung des Arbeitgebers

An
WMF Group GmbH
Gesundheitshaus
Eberhardstr. 35, 73312 Geislingen/Steige
Tel.: 07331/25-8425 - Fax.: 07331/25-7320
E-Mail: gesundheitshaus@wmf.de

Stempel Arbeitgeber

Wir, die o.g. Firma (Stempel), bestätigen:

1. Der Mitarbeiter (m,w,d), _____, geb. _____
ist Mitarbeiter (m,w,d) unserer Firma.
2. Die Impfleistung wird dem Unternehmen mit 49 € pro Impfung berechnet.
3. Weitere anfallende Kosten bspw. für den Impfstoff gegen Covid-19 sowie des erforderlichen Materials werden dem Unternehmen zusätzlich in Rechnung gestellt, sofern eine bundesbehördliche Stelle diese Kosten nicht als angewiesene Kostenträgerstelle des Bundes übernimmt.

Ort: _____, Datum: _____, Unterschrift: _____
