

MITARBEITERBESTÄTIGUNG WORKING CONFIRMATION EMPLOYEES

Schulbetrieb / Center Details:

Mitgliedsnummer /
Membership Number:

Schulname / Center Name:

Inhaber / Owner:

Straße / Street:

PLZ, Ort / Zip Code, City:

Land / Country:

Telefon / Phone:

Fax:

Website:

Email:

Wir bestätigen die Beschäftigung der in der folgenden Auflistung genannten Mitarbeiter. Die angegebenen Lizenzen wurden überprüft. Die Beendigung einer Beschäftigung wird umgehend an die VDWS Geschäftsstelle gemeldet.

We hereby confirm the employment of the following employees. The stated licences have been checked. In case of termination of employment we will immediately notify the VDWS.

Ort, Datum, Unterschrift / Place, Date, Signature

Mitarbeiterliste / List of employees:

Name, Vorname Name, Surname	Schulleiter Center Manager	Praktikumslizenz Internship Licence	Lehrerlizenzen Instructor Licences			Mitgliedsnummer Membership Number
_____			K	W	Sup	_____
_____			C	J	Wing	_____
_____			K	W	SUP	_____
_____			C	J	Wing	_____
_____			K	W	Sup	_____
_____			C	J	Wing	_____
_____			K	W	Sup	_____
_____			C	J	Wing	_____