

Notwendigkeitsbescheinigung

Für Maßeinlagen / Schuhzurichtungen an Sicherheitsschuhen

Auftraggeber

Firma	
Abteilung	
Straße	
PLZ, Ort	

Hiermit bestätigen wir, dass unser/e Mitarbeiter/in

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Abteilung	

Schuhe mit folgenden Sicherheitsanforderungen

S1 S1P S2 S3 ESD

benötigt.

Weiter sind folgende orthopädische Veränderungen am Schuh erforderlich:

1 Paar antistatische Einlagen nach Maß

Orthopädische Schuhzurichtung

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

ARBEITGEBERANTEIL FÜR ARBEITSSICHERHEITSSCHUHE

Wir erklären uns hiermit bereit, dass wir für o.g. Mitarbeiter den Arbeitgeberanteil von _____ € übernehmen.

JA NEIN

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel

Hinweis: Es ist darauf zu achten, dass die Schuhe mit dem CE-Zeichen versehen sind und eine Konformitätserklärung des Herstellers vorliegt (siehe EG-Richtlinie 89/686/EWG).

Zur Auswahl der an diesem Arbeitsplatz notwendigen Persönlichen Schutzausrüstung (PSA) sind die auftretenden Risiken zu ermitteln (siehe EG Richtlinie 89/656/EWG).

QMF 7.05/0