

ABWESENHEITSFORMULAR (Hauswarte)

NAME, VORNAME	LIEGENSCHAFT
----------------------	---------------------

DER MITARBEITER/DIE MITARBEITERIN IST AN FOLGENDEN TAGEN ABWESEND:

VOM	BIS	ANZAHL TAGE

GRUND

UNTERSCHRIFT MITARBEITER/IN	UNTERSCHRIFT BEWIRTSCHAFTER/IN

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular unterzeichnet dem/der zuständigen Bewirtschafter/in zurück. Besten Dank.

* Bitte benützen Sie pro Monat ein separates Formular