

ANTRAG AUF FOLGEVERSORGUNG FÜR ARBEITSSICHERHEITSSCHUHE

Arbeitnehmer



Orthopädie-Schuhtechnik Bischoff
Inhaber: Rudolf Bischoff
Industriestraße 12
64407 Fränkisch-Crumbach
Telefon: 0 61 64 - 91 16 77
Telefax: 0 61 64 - 91 16 78
E-Mail: info@bischoff-ortho.de
www.bischoff-ortho.de

| | |
|------------------|-------------|
| Name, Vorname: | Geb.-Datum: |
| Rentenvers.-Nr.: | |

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich eine Folgeversorgung eine Wechselversorgung

für ein Paar

- Arbeitssicherheitsschuhe nach DIN mit baumustergeprüften orthopädischen Einlagen und/oder Schuhzurichtung**
- Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nach Maß**
- S1 S2 S3
- Halbschuh Stiefel, niedrig Stiefel

Die Wechsel-/ Folgeversorgung ist erforderlich weil

- Oberleder durch mechanischen Einfluss verschliessen
- Sohle und Absatz irreparabel verschliessen
- Aufgrund hygienischer Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)
- Aufgrund hygienischer Anforderungen (täglich Feuchtigkeitseinfluss von außen)
- Statusveränderung Sicherheitsanforderung
- Statusveränderung medizinischer Befund

Meine bisherige Arbeitssituation hat sich **nicht** geändert

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ Euro.

Ort:

Datum:

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers: