

Unternehmen (Name und Anschrift)	Anzahl der im Unternehmen eingesetzten Kraftfahrzeuge
----------------------------------	---

Personalliste (aller im Unternehmen beschäftigten Personen)

lfd. Nr.	Familienname, Vorname, Wohnanschrift	Funktion im Unternehmen	Geburtsdatum	Anzahl der Wochenarbeitsstunden	Krankenkasse	beschäftigt seit	KORREKTUR Arbeitsverhältnis erloschen am
Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich der Genehmigungsbehörde unverzüglich durch Übersendung einer korrigierten Personalliste mitteilen.							Anzahl der Mitarbeiter insgesamt _____
Datum		Unterschrift und Stempel					