Pfaff - Dittrich
Steuerberater GbR

Krankmeldungen

Mandant: _____ Datum: _____

Personal-Nr.	Name	von - bis	Mit Krankschreibung		Arbeits-unfall
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja
			◯ Ja	◯ Nein	◯ Ja