

Nachweis über die Einhaltung des Mindestlohnes bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten

Name:

Name:

Name:

Name:

Name:

Hiermit bestätige ich, dass die Bestimmungen des Mindestlohngesetzes vom 11.08.2014 in der jeweils gültigen Fassung eingehalten werden.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift, Stempel