



Abfrage zur Tarifgebundenheit (Mitglied einer Innung/Landesinnung/Verband)

Ausbildungsbetrieb:

Name: _____

Anschrift: _____

Tarifgebundenheit nein ja, bei:

Name der Innung/
Verband _____

Anschrift der Innung _____

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel Firma

Hiermit wird bestätigt, dass o. g. Unternehmen Mitglied der o. g. Innung/Verband ist.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel Innung/Verband