



## EINSCHREIBEFORMULAR

FUR DIE UNFALLVERSICHERUNG DER TEILNEHMER  
AN DEN SCHNUPPERWOCHE 2017 DES IAWM

**Bitte unbedingt VOR Beginn der Schnupperwochen per Fax, E-Mail oder per Post übermitteln an:**

<b>IAWM</b> Vervierser Straße 4A B – 4700 Eupen	<b>FAX: 087 / 891 176</b> <b>E-Mail: <a href="mailto:iawm@iawm.be">iawm@iawm.be</a></b>
---	--

### Daten Ihres Betriebes

Juristische Form		
+Firmenname:		
Anschrift:		
Kontaktperson:		
Telefonnummer:		Faxnummer
E-Mail:		
MWSt - Nr:		

### Daten des „schnuppernden“ Jugendlichen\*

Name, Vorname:		
Anschrift:		
Geburtsdatum:		
Zeitraum, in dem die betreffende Person an den ‚Schnupperwochen 2017‘ teilnimmt:		
<b>(gilt nur vom 3. bis 14. April 2017 einschließlich)</b>		
	Anzahl Tage im Betrieb	

\* Für jeden **zu versichernden** Jugendlichen bitte ein getrenntes Formular ausfüllen.

### **Auskünfte zum Versicherungsschutz:**



Postanschrift :  
z.Hd. Herrn Jacques Lauffs, Inspektor  
Am Waisenbüschchen 14

Name, Vorname und Unterschrift des Betriebsverantwortlichen
---

**SCHNUPPERWOCHE**  
eine Aktion des IAWM zur Nachwuchsförderung  
in Handwerk und Dienstleistungsgewerbe