

## ARBEITGEBERBESTÄTIGUNG ÜBER DIE NOTWENDIGKEIT DER ERBRINGUNG VON DIENSTLEISTUNGEN

### WICHTIGER HINWEIS:

Um die Gefahr zu reduzieren, dass Sie unpassende Vertragsmuster verwenden oder Vertragsmuster in gesetzwidriger Weise abändern, ersuchen wir Sie aber, folgende Tipps zu beachten:

1. Überprüfen Sie zuerst, ob das verwendete Vertragsmuster für Ihren arbeitsrechtlichen Sachverhalt passt!
2. Nehmen Sie Änderungen nur in unbedingt notwendigem Ausmaß vor! Die Texte sind an die Bedürfnisse der Arbeitgeber angepasst und nützen die sich bietenden gesetzlichen (und kollektivvertraglichen) Möglichkeiten für Arbeitgeber aus.
3. Im Falle von Unklarheiten wenden Sie sich bitte unbedingt an Ihren arbeitsrechtlichen Berater in der Wirtschaftskammer! Dieser kann Ihre konkreten Textentwürfe durchsehen und auf ihre Gesetzmäßigkeit überprüfen.

Dieses Muster ist ein Produkt der Zusammenarbeit aller Wirtschaftskammern. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:  
Burgenland Tel. Nr.: 0590 907-2330, Kärnten Tel. Nr.: 0590 904, Niederösterreich Tel. Nr.: (02742) 851-0,  
Oberösterreich Tel. Nr.: 0590 909, Salzburg Tel. Nr.: (0662) 8888-397, Steiermark Tel. Nr.: (0316) 601-601,  
Tirol Tel. Nr.: 0590 905-1111, Vorarlberg Tel. Nr.: (05522) 305-1122, Wien Tel. Nr.: (01) 51450-1010  
**Hinweis:** Diese Information finden Sie auch im Internet unter <http://wko.at>. Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältigster Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Wirtschaftskammern Österreichs ist ausgeschlossen. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter!

UNTERNEHMEN: .....

ADRESSE: .....

## BESTÄTIGUNG DES ARBEITGEBERS

Für:

H e r r n / F r a u  
.....

(im Folgenden Arbeitnehmer genannt)

Hiermit bestätigen wir, dass der Arbeitnehmer

⇒ von ..... bis .....

⇒ an folgendem Ort:.....

Arbeitsleistungen (einschließlich der erforderlichen Arbeitswege)

zu erbringen hat.

Ein Verlassen des privaten Wohnbereichs zu beruflichen Zwecken ist somit erforderlich (§ 1 Abs. 1 Z. 4 in Verbindung mit § 16 Abs. 1 Notmaßnahmenverordnung).

.....,

Ort

am .....

Datum

.....

Arbeitgeber

---

⇒ Falls nicht zutreffend, bitte streichen!