**Nachweis über die Einhaltung des Mindestlohnes bei sozialversicherungs-pflichtigen 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 Unter-

schrift, Stempel