

Empfehlungsformular

ilomed Mitarbeiter / Empfehler

Vorname	Nachname

Bewerber / Empfohlener

Vorname	Nachname

Bestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass sich der Bewerber auf die Empfehlung des hier genannten ilomed-Mitarbeiters auf einen Arbeitsplatz bei der ilomed GmbH beworben hat.

Durch die Unterschrift wird zudem das Einverständnis zur Weiterverarbeitung der hier genannten personenbezogenen Daten im Rahmen des Empfehlungs-Programms und für den Abrechnungsprozess der Prämie zugestimmt.

Datum, Unterschrift ilomed Mitarbeiter

Datum, Unterschrift Bewerber

