

Liste für mobile Massagen am Arbeitsplatz

Nur für die genannte Unternehmen/Praxis/Krankenhaus/Firmen:

Name des Unternehmens: _____

Straße des Standortes: _____

PLZ und Ort: _____

Massagebeginn: _____ Ende der Eintragung: _____

Hällöchen, tragt bitte so gut Ihr könnt alle Angaben ein. Handynummer ist freiwillig. Wer sie nicht eintragen möchte, müsste mich wegen Termine kontaktieren. Linda Folville: 0176-54612880

Bei Schicht den gewünschten Massage Schicht eintragen. Früh-, Mittags-, Spät- oder Nachtschicht.

| Nr. | Mitarbeiter Name | Etage / Schicht | | Beruf | Handynummer |
|-----|------------------|-----------------|--|-------|-------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

| Nr. | Mitarbeiter Name | Etage / Schicht | | Beruf | Handynummer |
|------------|-------------------------|------------------------|--|--------------|--------------------|
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |
| 33 | | | | | |
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |