|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

**Stellenbeschreibung**

Bezeichnung der Stelle:

Vorgesetzte Person:

**Bitte beschreiben Sie die Tätigkeit (Tagesablauf) der oben genannten Person.**

Handelt es sich um eine schwere körperliche Tätigkeit?

Ja  Nein, bitte kurz beschreiben

Danke für Ihre Bemühungen.

Ort/Datum Bezugsperson/Tel.-Nr. Stempel/Unterschrift