

# Mitarbeiterdaten für angestellte Ärzte



Firma/Stempel:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 männlich  weiblich  divers  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder:  Ja (Geburtsurkunde für jedes Kind erforderlich)  
 Nein

Adresse (Straße, PLZ/Ort): \_\_\_\_\_

Bankverbindung: IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_ Befristet am: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Beschäftigung als: \_\_\_\_\_

Gehalt: \_\_\_\_\_ Stundenlohn: \_\_\_\_\_ wtl. Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Steuerklasse/Faktor: \_\_\_\_\_ Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Kinderfreibeträge: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Ärzteversorgung/Versorgungswerk: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer Ärzteversorgung: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (genaue Bezeichnung): \_\_\_\_\_

Letzte gesetzliche Krankenkasse  
(wenn privat versichert): \_\_\_\_\_

Nachweis Befreiung Dt. RV liegt vor:  Ja  wird nachgereicht

Nachweis private Krankenversicherung liegt vor:  Ja  wird nachgereicht

Üben Sie eine weitere Beschäftigung neben dieser aus?  Ja mtl. Brutto-Einkommen: \_\_\_\_\_  
 Nein

Angaben zu lohnsteuerepflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von:	Zeitraum bis:	Art der Beschäftigung:	Anzahl der Beschäftigungstage:

**\*\*Wichtig! Bei ausländischen Arbeitnehmern (Nicht-EU-Ländern): Eine gültige Arbeitserlaubnis wird in Kopie beigelegt.\*\***

## Erklärung des Arbeitnehmers:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Beschäftigten