

Mitarbeiterdaten für angestellte Ärzte

Firma/Stempel:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

männlich weiblich divers

Familienstand: _____ Kinder: Ja (Geburtsurkunde 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 lohnsteuerpflichtigen 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