

Änderungsmitteilung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geboren am/in: _____

wohnhaft _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil: _____

Familienstand: _____

Kinder:

- Name d. Kindes/r:

- Geb.-Datum d. Kindes/r:

Bankverbindung/Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Gesetzl. **Krankenversicherung** bei: _____
(bitte Mitgliedsbescheinigung vorlegen)

Nur für privat Versicherte:

frühere gesetzliche Krankenkasse: _____

Rentenversicherungs-Nr.: _____

Besteht ein **weiteres Dienstverhältnis**? () nein
() ja, wo? _____

Sind Sie in einer **Zusatzversorgungskasse** versichert?:
() nein
() ja, wo? _____

seit wann? _____

Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in

Von der Personalabteilung auszufüllen:

Änderung ab: _____ Beschäftigungszeit: _____ Jubiläumszeit: _____

Beschäftigungsumfang: _____ Förderliche Zeiten: _____

Tätigkeit: _____

Abteilung: _____

Buchungskreis(e): _____ Dienstart(en): _____ Kostenstelle(n): _____

Schichtzulage: () ja () nein

Pflegezulage: () ja () nein

Datum

Unterschrift Personalleiter/in

FO5217_Änderungsmitteilung_DEN Version: 1	Dieser Ausdruck ist eine unkontrollierte Kopie . Jeder Mitarbeiter ist dafür verantwortlich, dass seine Kopie mit der aktuellen Version übereinstimmt!	Seite 1/1
--	---	--------------