

AVISO Anmeldung

Elda-Call-Center: per Fax: 05 780 761, per Tel: 05 780 760

Gebietskrankenkasse *	Dienstgeber-Kontonummer *
DATEN DIENSTGEBER	
Firma *	
Geschäftsanschrift *	
Telefonnummer / Email	/
DATEN DIENSTNEHMER	
Familienname / Vorname *	/
Sozialversicherungsnummer / Geburtsdatum *	_____/____/____
beschäftigt ab *	____.____.____
Dienstort / Arbeitsort (PLZ, Ort) *	

Datum Unterschrift**Hinweise:** Innerhalb von 7 Tagen ab Beginn der Pflichtversicherung ist eine vollständige Anmeldung zu erstatten; wir ersuchen, die Daten für die Anmeldung auszufüllen und an die Lohnverrechnungsstelle weiterzuleiten!

Anmeldung Dienstnehmer

Lohnverrechnungsstelle SWT-Union: per Fax: 01/272 90 10-40

DATEN DIENSTNEHMER	
Anschrift *	
Staatsbürgerschaftsnachweis *	
<small>(bei Nicht-EWR-Bürger Kopie Beschäftigungsbewilligung)</small>	
Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Bankverbindung - Kontonummer	
Bankverbindung - Bank, BLZ	
ARBEITSVERHÄLTNIS	
Art der Tätigkeit *	
Kostenstelle	
Stunden pro Woche / Arbeitszeitmodell *	
Geldbezüge (zB Monatsbrutto) *	
Sonstige Bezüge (freiwillige Sonderzahlungen, Sachbezüge, Überstunden, ...)	
Anmerkung:	

Datum Unterschrift