

SOFORTMELDUNG *bei der Krankenkasse*

1/1

Sehr geehrte/r Arbeitnehmer/in,

wir bitten Sie, diesen Fragebogen schnellstmöglich und vollständig ausgefüllt vor Arbeitsbeginn an uns zurückzusenden. Bitte beachten Sie, dass alle Angaben (soweit nicht anders vermerkt) Pflichtangaben sind, ohne die eine Anmeldung leider nicht möglich ist!

Vielen Dank!
Ihr concepta-Team

Arbeitgeber	<input type="text"/>
Arbeitnehmer Name & Vorname	<input type="text"/> <input type="text"/>
Straße & Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ & Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefon privat (freiwillig)	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Renten- / Sozial- versicherungsnummer (soweit bekannt)	<input type="text"/>
Beginn der Tätigkeit	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (450 Euro Job)
	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

concepta