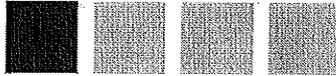


# PERSONALDATEN



NAME \_\_\_\_\_  
STRASSE \_\_\_\_\_  
WOHNORT \_\_\_\_\_  
GEBURTSORT \_\_\_\_\_  
GEBURTSNAME \_\_\_\_\_  
NATIONALITÄT \_\_\_\_\_  
FAMILIENSTAND \_\_\_\_\_  
KOSTENSTELLE \_\_\_\_\_  
EINTRITT \_\_\_\_\_  
RECHN. EINTRITT \_\_\_\_\_  
AUSTRITT \_\_\_\_\_  
BANKVERBINDUNG \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_

PERSONAL-NR. \_\_\_\_\_  
VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

STANDORT \_\_\_\_\_

KONTO-NR. \_\_\_\_\_

## LOHNSTEUERKARTE

Gemeinde \_\_\_\_\_  
Finanzamt \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_  
Freibetrag monatlich \_\_\_\_\_

Beschäftigungstage beim Vorarbeitgeber \_\_\_\_\_  
Steuerklasse \_\_\_\_\_  
Kinderfreibetrag \_\_\_\_\_  
Freibetrag jährlich \_\_\_\_\_

## SOZIALVERS.-NR.

Tätigkeitskennzeichen \_\_\_\_\_

→ *Ausweiskopie schicken!*  
beschäftigt als \_\_\_\_\_

## KRANKENKASSE

gesetzlich \_\_\_\_\_  
freiwillig \_\_\_\_\_  
privat: monatl. Gesamtbeitrag: \_\_\_\_\_

Niederlassung \_\_\_\_\_  
Beitragsgruppe \_\_\_\_\_  
→ *Bescheinigung abgeben!*  
→ *Bescheinigung abgeben!*

## PFLEGEVERSICHERUNG

freiwillig \_\_\_\_\_  
privat: monatl. Gesamtbeitrag: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ → *Nachweis erforderlich!*

## VWL-VERTRAG

Bank \_\_\_\_\_  
Institut \_\_\_\_\_  
Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

→ *Vertrag abgeben!* \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_  
Konto-Nr. \_\_\_\_\_

## URLAUBSANSPRUCH

\_\_\_\_\_

## WÖCHENTL. ARBEITSZEIT

\_\_\_\_\_

## SONSTIGES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Mitarbeiter

Personalabteilung