

SYGESIKRING

OPLYSNINGER OM LØNMODTAGEREN

Udfyldes med blokbogstaver/Mit Blockbuchstaben auszufüllen

Navn/Name : _____

Adresse/Anschrift: _____

Statsborgerforhold/Statsangehörigkeit: _____

Fødselsdato (Cpr.nr.)/Geburtsdatum: _____

Arbejdsgiverens navn og adresse/ : _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

Ansæt pr./Angestellt ab: _____

Antal timer ugentlig /Wochenstunde: _____

Ansættelsesforhold/Art der Beschäftigung: _____

Såfremt De også udfører arbejde i bopælslandet/Falls Sie auch Arbeit in Wohnsitzland ausüben:

Antal timer eller % ugentlig i bopælslandet/Wochenstunde oder % in Wohnsitzland: _____

Sygesikrings navn og adresse/ _____
Name und Anschrift von der _____
Krankenkasse in Deutschland: _____

Dette skema bedes returneret til:/Dieses Schreiben bitte zurück an:
Borgerservicecentret Bov, Plantagevej 4, 6330 Padborg.

Undertegnede erklærer på tro og love, at ovenstående oplysninger er korrekte.
Dato/Datum

Arbejdsgiverens stempel og underskrift

Lønmodtagerens underskrift