

Absender: Firma .....

Filiale/Betriebsstätte:.....

An  
HFP Steuerberatungsgesellschaft mbH  
Fax 716-05/32  
zH Frau

**ANMELDUNG**

Bitte melden Sie folgende(n) Dienstnehmer(in) bei der Gebietskrankenkasse **an**:

**War der Dienstnehmer innerhalb der letzten 12 Monate in ihrem Unternehmen beschäftigt? JA..... NEIN.....(Zeitraum vom.....bis.....)**

Name ..... Vorname.....

Adresse .....

Vers.Nr.....Geb.Datum.....Männlich/Weiblich.....

Staatsangehörigkeit .....

Tätigkeit.....

Einstufung lt. Kollektivvertrag .....

Bankverbindung: Bank.....

IBAN: ..... BIC: .....

**Beginn des Dienstverhältnisses** .....

Tage/Stunden pro Woche .....

Bei Teilzeitbeschäftigten: MO..... DI..... MI..... DO..... FR.....

Arbeiter(in) /Angestellte(r)

Mit Dienstgeber verwandt? als .....

An der Firma beteiligt? mit ..... Prozent

Lehrverhältnis: Dauer von ..... bis .....

**Bruttobezug** .....

Sachbezug für KFZ, Wohnung o.ä.....

**Nur für ausländische Dienstnehmer:**

Beschäftigungsbew. von ..... bis .....

Arbeitserlaubnis/

Befreiungsschein von ..... bis .....

Meldung ans AMS ist erfolgt: ja / nein

P.S.: Folgende Unterlagen folgen im Original:

- Dienstvertrag/Dienstzettel (Kopie)
- Ausdruck Penderrechner oder L33 Formular
- Freibetragsbescheid
- Lohnzettel Vordienstgeber
- Formular E 30 (Berücksichtigung des Alleinverdienerabsetzbetrages)

Unterschrift: .....