

Die Honorarkraft (Name, Vornamen) _____

erstmalig verpflichtet am (Datum) _____

auf Grund folg. Referenzen bzw. Befähigung _____

Die Honorarkraft ist nicht gleichzeitig Mitarbeiter des Trägers.

Persönliche Daten der Honorarkraft

_____ / _____ / _____
ggf. Geburtsname und frühere Namen / Telefonnummer / E-Mail-Adresse

Ihre gesetzliche Versicherung

Der **letzte Betrag** wurde gezahlt an die:
(Zutreffendes ankreuzen)

- Rentenversicherung der Angestellten
- Rentenversicherung der Arbeiter
- Bahnversicherungsanstalt
- knappschaftliche Rentenversicherung
- Seekasse

seit 01.01.2005 gilt

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft – Bahn – See

für Monat/Jahr _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie zurzeit versichert?

(Bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben)

Sofern Sie zurzeit **nicht gesetzlich krankenversichert** sind:

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse hat **zuletzt** eine Krankenversicherung bestanden?

(Bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben)

Bankverbindung: IBAN:

BIC:

Bank:

.....
Datum / Unterschrift der Honorarkraft