

Personaleinstellung / Praktikum

Aus Vereinfachungsgründen wird zur Lesbarkeit des Formulars die männliche Form als Platzhalter für m/w/div. Benutzt.

Arbeitgeber: Tierärztliche Klinik
Dr. Remien/ U. Janz/ Dr. Schenk
Stadtkoppel 5c - 9
21337 Lüneburg

Persönliche Angaben

MDNr.: 42146

Familienname										Vorname																			
Straße und Hausnummer										PLZ, Ort																			
Geburtsdatum										Geburtsort, Geburtsland																			
Geburtsname										Staatsangehörigkeit																			
Familienstand										Kinder - Geburtsurkunde einreichen - <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																			
Rentenversicherungsnummer – Kopie SV-Ausweis einreichen -										Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers																			
Mitgliedsnummer Versorgungswerk										Schwerbehindert – bitte Kopie des Ausweises beifügen - <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																			
Krankenkasse (Name & Anschrift)										Ehegatte des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																			
SSR-Nummer (falls bereits vorhanden)																													
D	E																												
IBAN / Arbeitnehmer															BIC / Arbeitnehmer														

Beschäftigung

Eintrittsdatum				Ersteintrittsdatum				Eingestellt als							
Höchster Schulabschluss				<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss				Höchste Berufsausbildung							
				<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss											
				<input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss											
				<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur											
Ende der Ausbildung/Prüfungsdatum:								Wöchentliche Arbeitszeit (Verteilung in der Tabelle eintragen)							
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung				<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet.				Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages am: _____ zum: _____							
<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist zweckbefristet.											
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung.											

Steuer – Angaben gemäß Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug -

Identifikations-Nr.										Steuerklasse/ Faktor				Konfession				Kinderfreibeträge			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------	--	--	--	------------	--	--	--	-------------------	--	--	--

Personaleinstellung / Veränderung

Arbeitgeber: Tierärztliche Klinik
Dr. Remien/ U. Janz/ Dr. Schenk
Stadtkoppel 5c - 9
21337 Lüneburg

Persönliche Angaben

MDNr.: 42146

Entlohnung (z.B. Gehalt, Sonstige Zulage, Sonderbezüge, Fahrtkostenzuschuss, Kindergartenzuschuss etc.)

Gehalt/Stundenlohn	Betrag	gültig ab
Bezeichnung	Betrag	gültig ab

Sachbezüge (z.B. Freie Station, freie Verpflegung, Teilverpflegung, Kfz-Nutzung etc.)

Bezeichnung	gültig ab
-------------	-----------

Sonstige Nebeneinkünfte

Bezug von	<input type="checkbox"/> Elterngeld	von	bis
	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe	von	bis
	<input type="checkbox"/> Rente (Rentenbescheid beifügen)	ab wann	Bezeichnung
	<input type="checkbox"/> Weitere <u>sozialversicherungspflichtige</u> Beschäftigungen	Bruttoentgelt	
	<input type="checkbox"/> Weitere <u>sozialversicherungsfreie</u> Beschäftigungen	Bruttoentgelt	

Notwendige Arbeitspapiere bitte einreichen

Arbeitsvertrag	Schwerbehindertenausweis
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	Bescheinigung der privaten Krankenversicherung
Immatrikulationsbescheinigung (bei Studierenden)	
Bescheinigung über Verpflichtung zum Praktikum gem. Verordnung	
Bescheinigung gem. Approbationsordnung nach Absolvierung des Praktikums	

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit.

Erklärung des Arbeitnehmers: Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber