



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Per Telefax: 05 / 780 761

DG - Kontonummer

Mindestangaben- Anmeldung

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >				Versicherungsnummer		
Familiename (auch alle früher geführten Namen)				<input type="checkbox"/> weiblich		
				<input type="checkbox"/> männlich		
Vorname(n)				Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat
						Jahr
beschäftigt ab:		Tag	Monat	Jahr	Fallweise Beschäftigung (§ 471b ASVG) <input type="checkbox"/> Ja	
Beschäftigungsort (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)						

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten	
Betriebsart	Telefonnummer:		
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)			
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:		
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:		
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:		
		Datum	

Hinweise:

Sie sind verpflichtet, innerhalb von sieben Tagen ab Beginn der Pflichtversicherung eine vollständige Anmeldung zu erstatten.

Handelt es sich um eine fallweise Beschäftigung, muss die vollständige An- und Abmeldung innerhalb von sieben Tagen des auf die fallweise Beschäftigung nächstfolgenden Kalendermonates erstattet werden.

Fallweise Beschäftigte sind Personen, die in unregelmäßiger Folge tageweise bei der selben Dienstgeberin/beim selben Dienstgeber beschäftigt werden, wenn die Beschäftigung für eine kürzere Zeit als eine Woche vereinbart ist (§§ 471a bis 471e ASVG).

Die Meldungen sind im Allgemeinen mittels elektronischer Datenfernübertragung zu übermitteln. Informationen zur Datenfernübertragung finden Sie im Internet unter www.elda.at.

Die Telefaxnummer 05 / 780 761 ist nur für die Erstattung der Mindestangaben-Anmeldung zu verwenden.

ALLGEMEINER DIENSTZETTEL

ARBEITGEBER: _____

ARBEITNEHMER: Name _____

SVNr./geb.am/in _____ Geschlecht _____

Wohnadresse _____

Tel. _____

Staatsbürgerschaft Österreich _____

Familienstand _____

(Ehe)Partner _____ Vers.Nr. _____

Kinder _____ Vers.Nr. _____

Kinder _____ Vers.Nr. _____

Kinder _____ Vers.Nr. _____

Bankverbindung: Anstalt _____

Kto-Nr. _____ BLZ _____

EINTRITT: Datum _____ mon. Bruttobezug _____

_____ Probemonat gilt als vereinbart.

Dienstverwendung _____

Arbeitszeit _____ Stunden pro Woche _____ Ang/Arb/Lehrl

Dienstort _____

Kündigungsfristen u.-termine: für Arbeitgeber: am 15. oder Letzten eines
jeden Kalendermonats_

für Arbeitnehmer: gem.KV _____

EINSTUFUNG: gem. Kollektivvertrag für _____

Verwendungsgruppe _____

im Verwendungsjahr _____

angerechnete Vordienst- und Schul/Studienzeiten _____

a) für Einstufung _____

b) für Urlaub _____

c) für Abfertigung _____

Sie erklären ausdrücklich, daß Sie auf Grund der in Aussicht genommenen Art der Tätigkeit bzw. der von Ihnen überwiegend ausgeübten Tätigkeit und Ihrer Berufsjahre **richtig** eingestuft sind.

SONSTIGE VEREINBARUNGEN: _____

BETRIEBSVEREINBARUNGEN: Mitarbeitervorsorgekasse: _____

VORZULEGENDE UNTERLAGEN: Ausweis Reisepass _____ Nr. _____

Meldezettel

Pendlerpauschaleerklärung

Alleinverdienerabsetzbetragsklärung

Familienbeihilfebescheid

Arbeitserlaubnis / Befreiungsschein

AUSTRITT: _____

Dienstzettel übernommen:

Wien, am _____

dienst2