



Checkliste ärztlicher Notfalldienst

persönlich/vertraulich:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Geschäftsbereich Personal und Organisation
Robert-Schimrigk-Str. 4-6

Über den Notfalldienstbeauftragten
zurück an die KVWL !

44141 Dortmund

1. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____ Strasse: _____ Telefon: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Schwerbehinderung: ja nein
Geschlecht: weiblich männlich Berufsausbildung: _____

2. Bankverbindung

Kontonummer: _____ Kontoinhaber: _____
Bank: _____ Bankleitzahl: _____

3. Angabe zur Sozialversicherung

Ich bin : gesetzlich versichert familienversichert privat versichert
bei: _____ Sozialversicherungsnummer: _____

4. Angabe zu Steuern

Lohnsteuerklasse: _____ Konfession: _____

5. Angaben zum bisherigen Beschäftigungsverhältnis im ärztlichen Notfalldienst

(sind notwendig um ein Vertragsangebot unterbreiten zu können)

- Ich bin zur Zeit nicht im ärztlichen Notfalldienst beschäftigt.
 Im Bereich des ärztlichen Notfalldienstes bin ich seit dem _____ beschäftigt bei _____ in _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____ Telefon: _____

Ich bin beschäftigt als Vollzeitbeschäftigte(r) mit _____ Wochenstunden
 Teilzeitbeschäftigte(r) mit _____ Wochenstunden oder _____ Prozent
 geringfügig Beschäftigte(r) mit _____ Wochenstunden
Ich arbeite an _____ Tagen in der Woche.

Ich erhalte eine Monatsvergütung in Höhe von Brutto _____ Euro.
 Stundenvergütung in Höhe von Brutto _____ Euro.

Mein Arbeitsverhältnis ruht wegen Elternzeit/unbezahltem Urlaub auf Grund von _____

Es besteht Vorversicherung bei einer Zusatzversorgungskasse nein ja, bei der _____

Datum _____

Unterschrift _____