



ANGABEN ÜBER NEBENTÄTIGKEITEN

Name:

Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon-/Mobilnummer:

Personalnummer:

Arbeitsfeld:

Wird zurzeit eine Nebentätigkeit ausgeübt

ja nein

Die Beschäftigung wird mit Stunden pro Woche ausgeübt.

Beschäftigungsbeginn: monatliches Bruttoentgelt: EUR

Arbeitgeber: (Name, Anschrift, Telefonnummer)	monatl. Brutto- entgelt (EUR)	Versicherungspflicht		
		KV/PV*	RV*	AV*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre, vorstehende Fragen über meine Nebentätigkeit wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen der DRK-Schwwesternschaft „Bonn“ e.V. unverzüglich mitzuteilen. Gleichzeitig ermächtige ich die DRK-Schwwesternschaft „Bonn“ e.V., im Bedarfsfall Informationen über die oben erwähnte Nebentätigkeit bei dem aufgeführten Arbeitgeber einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift