

Sofortmeldung Grund 20

| | |
|--|--|
| FKN: | |
| Betriebsnummer des Arbeitgebers: | |
| Name der Firma: | |
| Adresse der Firma: | |
| Nachname des Mitarbeiters: | |
| Vorname des Mitarbeiters: | |
| Adresse des Mitarbeiters: | |
| Sozialversicherungsnummer: <u>Nur wenn die Sozialversicherungsnummer nicht bekannt ist:</u> Geburtsort: Geburtsland: Geburtsname: Staatsangehörigkeit: Geburtsdatum: Geschlecht: | <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich |
| Datum Beschäftigungsbeginn: | |