

## Angaben zur sozialen Absicherung nach § 23c, SGB IV

Titel, Name, Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum, -ort	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Steuernummer	
IBAN	BIC, Bank

### Regelmäßige Beschäftigung außerhalb des Rettungsdienstes

**Außerhalb des Rettungsdienstes übe ich** eine sozialabgabenpflichtige Beschäftigung im Rahmen

einer festen Anstellung aus ja                      nein

Arbeitgeber	Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Mein Jahresarbeitsentgelt aus der Beschäftigung liegt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze

**(2017: 57.600 Euro)** der gesetzlichen Krankenversicherung. ja                      nein

Ich bin niedergelassen **als Vertragsarzt** ja                      nein

Ich bin niedergelassen **als Arzt in privater Niederlassung** ja                      nein

Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

### Derzeit bin ich

gesetzlich krankenversichert als freiwilliges Mitglied

privat krankenversichert:

Ich bin Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung der Ärzte

nein      ja      **Ärzteversorgung:**

Auf Grund der Mitgliedschaft im Versorgungswerk habe ich mich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen.

ja                      nein

Ich versichere die Richtigkeit obiger Angaben. Sofern gegenüber meinen Angaben Änderungen eintreten, werde ich diese umgehend schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift