

## Angaben zur sozialen Absicherung nach § 23c, SGB IV - 2021

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| Titel, Name, Vorname | Geburtsname               |
| Geburtsdatum, -ort   | Staatsangehörigkeit       |
| Straße, Hausnummer   | PLZ, Wohnort              |
| Steuernummer-ID      |                           |
| LAN                  | Sozialversicherungsnummer |

### Regelmäßige Beschäftigung außerhalb des Rettungsdienstes

Außerhalb des Rettungsdienstes übe ich eine sozialabgabenpflichtige Beschäftigung im Rahmen

einer Festanstellung regelmäßig mit durchschnittlich mindesten 15 Std. / Wo. aus ja nein

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

Mein Jahresarbeitsentgelt aus der Beschäftigung liegt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze

**(2021: 64.350 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

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