

Personalbogen



Arbeitgeber: _____

Name und Vorname des Arbeitnehmers : _____

Postleitzahl / Wohnort : _____

Strasse : _____

Telefonnummer privat: _____

Geburtsdatum* : _____

Geschlecht : männlich weiblich

Geburtsort und Geburtsland : _____

Staatsangehörigkeit : _____

Geburtsname : _____

Familienstand : _____

Eintrittsdatum : _____

Berufsbezeichnung : _____

Azubi Angestellter

Schulbildung : Volks-Haupt-/Realschule mit abgeschlossener Berufsausbildung
 Volks-Haupt-/Realschule ohne abgeschlossener Berufsausbildung
 Abitur oder Fachhochschule mit abgeschlossener Berufsausbildung
 Abitur oder Fachhochschule ohne abgeschlossener Berufsausbildung
 Fachhochschulabschluss
 Universitätsabschluss

Berufsjahre: _____

Wöchentliche Arbeitszeit : _____

Bankbezeichnung : _____

IBAN : _____

Kontoinhaber, falls abweichend : _____

BIC : _____

Rücksendung an:

Fax-Nr. 0561/92882-31
E-Mail: lohn@hebu.de

Wittrockstraße 26
34121 Kassel

Renten-Versicherungsnummer : _____

Identifikationsnummer (11 Stellen)* : _____

Steuerklasse : _____

Kinderzahl : _____

Konfession : _____

Art der Krankenversicherung: gesetzlich privat

Name der Krankenversicherung : _____

Bruttobezüge : _____

Weitere Beschäftigungsverhältnisse?* ja nein

wenn ja* : Bei dem anderen Beschäftigungsverhältnis handelt es sich um

- Hauptbeschäftigung
 Nebenbeschäftigung
 Minijob (bis 450 €)

Bitte folgende Kopien beifügen:

- 1.) ggf. Lohnsteuerkarte oder gültige Ersatzbescheinigung
- 2.) Kopie Steuer-Identifikationsnummer
- 3.) Geburtsurkunde Ihres Kindes
- 4.) VL-Vertrag / Verträge über betriebliche Altersversorgung
- 5.) PKV: Bescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber
- 6.) Mitgliedsbescheinigung des Versorgungswerkes
- 7.) Befreiungsbescheinigungen von BfA oder Krankenversicherung

Datum und Unterschrift Arbeitnehmer: _____

Datum und Unterschrift Arbeitgeber: _____

Erläuterung *: Die gekennzeichneten Positionen bitte unbedingt ausfüllen, da ansonsten zwangsweise die Steuerklasse 6 angewendet werden muss.
Ohne diese Angaben ist kein Abruf Ihrer elektronischen Lohnsteuerabzugsdaten möglich!

Verzichtserklärung: bAV

Ich bin von meinem Arbeitgeber darüber aufgeklärt worden, dass ich nach dem gültigen Tarifvertrag zur betrieblichen Altersvorsorge für Mitarbeiter und Auszubildende zur pharmazeutisch - kaufmännischen Angestellten in Apotheken einen Anspruch auf die Gewährung eines Arbeitgeberbeitrages zur betrieblichen Altersvorsorge habe, sowie Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss in Höhe von 20% zu einer eventuellen Entgeltumwandlung.

Ich habe kein Interesse am Abschluss einer betrieblichen Altersvorsorge und verzichte daher auf den Arbeitgeberbeitrag.

Diesen Verzicht kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Name / Vorname

Unterschrift Mitarbeiter

Verzichtserklärung: Gleitzoneregelung

Hiermit verzichte ich auf die Anwendung der Gleitzone

regelung im Bereich der Rentenversicherung. Mir ist bekannt, dass ich hierdurch meine eigenen Rentenansprüche erweitern kann.

Hierauf wurde ich ausdrücklich hingewiesen.

Ort, Datum

Name / Vorname:

Unterschrift Mitarbeiter
