

Mitteilung über Mutterschutz und/oder Elternzeit

Sächsische
Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

Mitgliedsnummer

1. Angaben zur Person

Familienname, Vorname (Rufname)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

2. Angaben zum Mutterschutz*

(*Bei Mutterschutz während der **Selbstständigkeit**: Bitte Kopie der Geburtsurkunde/n einreichen.)

Zeitraum des Mutterschutzes:

von

bis

3. Angaben zur Elternzeit*

(*Bitte Nachweis über die Elternzeit einreichen.)

Elternzeit

von

bis

weitere Elternzeit:

von

bis

4. Erklärung wahrheitsgemäßer Angaben und Datenschutzerklärung

Die im Formular gemachten Angaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de.

Ort, Datum

Unterschrift/Namenswiedergabe