

Mitteilung über Mutterschutz und/oder Elternzeit

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

Ihre Mitgliedsnummer:

1. Persönliche Angaben

Name	
Straße / Postfach, Nr.	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	

2. Angaben zum Kind/ zu den Kindern (Bitte eine Kopie der Geburtsurkunde/n einreichen!)

Vor- und Nachname:		Geburtsdatum:
Vor- und Nachname:		Geburtsdatum:
Vor- und Nachname:		Geburtsdatum:

3. Angaben zum Mutterschutz

Zeitraum des Mutterschutzes:	von:	bis:
------------------------------	------	------

4. Angaben zur Elternzeit

Elternzeit:	von:	bis:
weitere Elternzeit:	von:	bis:

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 _____