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	**Ihre Mitgliedsnummer:** _____

1. Persönliche Angaben	
Name	
Straße / Postfach, Nr.	
PLZ, 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:

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** _____