



Einschreibungsformular Dienstleistungsschecksystem

- Mutterschaftsbeihilfe für selbständig erwerbstätige Mütter -

Bitte senden Sie uns dieses Formular zurück zu Ihrer Sozialversicherungskasse

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: M W

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

INSS*: _____ (Zwingende Angabe)

Im Bevölkerungsregister angegebene Adresse

PLZ: _____

(im Personalausweis angegebene Adresse, maximal 40 Zeichen)

Ort: _____

Privatnummer: _____

Bankkonto (IBAN)

Handy-Nummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bankleitzahl (BIC) _____

Sprache: FR DE

Ich möchte folgende Elektronisch
Dienstleistungsschecks benutzen

Ich möchte folgende Papier
Dienstleistungsschecks benutzen

Informationen über die Sozialversicherungskasse :

Lieferadresse (falls verschieden von der o.e. Adresse):

Name und Adresse : _____

Adresse: _____

Telefonnummer : _____

PLZ und Ort: _____

Referenz : _____

Datum:

Unterschrift des Nutzers**

____ / ____ / ____

(*)Erkennungsnummer des nationalen Registers: sie befindet sich entweder auf der Rückseite des Ausweis.

(**) Der Unterzeichnete verpflichtet sich zur Einhaltung der geltenden Nutzungsbedingungen (K.E. vom 12/12/2001 über die Dienstleistungsschecks).

