



MOL MEDICAL

Personalfragebogen

**MOL – Medical
Sanitätsdienst**

Organisatorische Leitung
V.4 – 2024

Ersteintrag

Änderung

Personalnummer: _____

Datum: _____

Persönliche Angaben

*Name, Vorname:

*Geburtsdatum und Geburtsort:

*Geschlecht:

männlich

weiblich

divers

*Straße und Hausnummer:

*PLZ und Wohnort:

*Mobilfunknummer:

*E-Mail-Adresse:

*Staatsangehörigkeit:

*Medizinische Qualifikation:

Steuerliche Angaben

*Personalausweisnummer:

**Sozialversicherungsnummer:

*Steuer-Ident-Nr.:

**Rentenversicherungsnummer:

**Steuerklasse Hauptarbeitgeber:

Steuerklasse MOL Medical:

*Status:

Auszubildene/r, Studierende/r, Arbeitnehmer/in, BFD/FSJ
 Arbeitssuchend/e, Beamte/r, Rentner/in, Freiberufler/in

Angaben zum Führerschein

*In Besitz folgender Führerscheinklassen:

*Führerscheinausweisnummer:

Angaben zur Krankenkasse

*Versichert bei:

**Versicherungsnummer:

*Versichertennummer:

**Mitgliedschaft:

Familienversichert, Eigene Mitgliedschaft

Bankverbindung	
*Inhaber:	
*Bankinstitut:	
*IBAN:	
*BIC:	

Andere Arbeitgeber	
**Hauptarbeitgeber:	
*Andere Sanitätsdienst Unternehmen:	

Persönliche Schutzausrüstung			
*Besitzen Sie eine Uniform:	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja/ Farbe:		
*Besitzen Sie Sicherheitsschuhe der Klasse 3:	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja/ Modell:		
Hosengröße:		T-Shirt Größe:	
Jackengröße:			

Notfallkontakt (Freiwillig)	
Name:	
Mobilfunknummer:	

* Pflichtfelder für alle

** Zusätzliche Pflichtfelder für Interessenten einer Festanstellung (Minijob)

Datum, Ort

Unterschrift Angestellter