

Einwilligungserklärung

Soll unsere Kommunikation bezüglich Ihrer Lohn- oder Gehaltsabrechnung direkt mit Ihrem Steuerberater erfolgen?

Dann füllen Sie bitte diese Einwilligungserklärung aus.

Gleich
ausfüllen
und
absenden

1. Daten des Firmenkunden

Firma:

Betriebsnummer:

Straße/Postfach und Hausnummer:

PLZ:

Ort:

2. Daten des Steuerberaters

Name der Steuerberaterkanzlei:

Ansprechpartner:

Betriebsnummer:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

3. Einwilligung

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Mobil Krankenkasse dem oben genannten Steuerberater bei Fragen zur Sozialversicherung im Zusammenhang mit dem Melde- und Beitragsrecht Auskunft erteilen und dieser notwendige Informationen einholen darf. Wird die Einwilligung nicht erteilt, können Anfragen des Steuerberaters nicht beantwortet werden.

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Sozialgesetzbuch (SGB) IV i. V. m. § 98 SGB X. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Ort, Datum

Stempel des Arbeitgebers

Unterschrift des Arbeitgebers

Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per Fax:
0800 255 3002-888