

Nordrheinische Ärzteversorgung
 Versicherungsbetrieb
 Postfach 10 39 53
 40030 Düsseldorf

Angabe der Tätigkeiten im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen

(ersetzt nicht das Stellen des jeweiligen Antrages auf Befreiung von der Versicherungspflicht
 in der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI)

Versicherungs-Nr.:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Tätigkeitsbeginn						Tätigkeitsende						Arbeitgeber (Name und Ort)
T	T	M	M	J	J	T	T	M	M	J	J	

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

 Ort, Datum

 Unterschrift