



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).

Ihre Angaben werden in EDV-Dateien gespeichert und verarbeitet. Kraft des Gesetzes vom 8.12.92 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung persönlicher Daten haben Sie das Recht zur Einsicht und Berichtigung dieser Daten. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie beim öffentlichen Register (Commission de la Protection de la Vie Privée – Ausschuss für den Schutz des Privatlebens, Föderaler Öffentlicher Dienst Justiz, Rue de la Presse, 35, 1000 Brüssel).