

**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).