



Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die Krankenkassen für Personen ab Vollendung des 15. Lebensjahres

Заява про згоду на передачу даних медичним страховим компаніям для осіб старше 15 років

Name (Прізвище) _____

Vorname (Ім'я) _____

Geburtsdatum (Дата народження) _____

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der Sozialversicherung meine persönlichen Daten vom Jobcenter an die Krankenkasse übermittelt werden dürfen.

Я погоджуюся, що мої персональні дані можуть бути передані з центру зайнятості до страхової компанії з метою соціального забезпечення.

Datum

Unterschrift