



Baden-Württembergische Versorgungsanstalt
Für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte
Postfach 26 49

72016 Tübingen

Arbeitgeber-Daten:

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Betriebsnummer: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

Arbeitnehmer-Daten:

Wir haben nachfolgenden Arzt / Zahnarzt oder Tierarzt

eingestellt zum: _____

Nachname, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Verwaltungsnummer bei der Versorgungsanstalt: _____

Datum

Unterschrift des Arbeitgebers