Absender:

**An die**

Universität Kassel

Abteilung Personal und Organisation

Gruppe Beamtinnen und Beamte

34109 Kassel

**Mitteilung der Sozialversicherungsnummer und der Krankenkasse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | | |
| Vorname**:** | | |
| Fachbereich/Abteilung/Zentrale Einrichtung/Fachgebiet: | | |
| Status:  Beschäftige\*r  Beamtin/Beamter | | Personalnummer: |
| Meine Sozialversicherungsnummer lautet: | | |
| Ich bin Mitglied folgender Krankenkasse (Name, Anschrift): | | |
| Datum: | Unterschrift | |