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 |