

Absender: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zurück an die

**Zahnärzteversorgung Sachsen  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden**

## **Einverständniserklärung zum Datenaustausch mit dem Arbeitgeber**

Grundsätzlich müssen alle zur Erfüllung der Aufgaben der Landes Zahnärztekammer Sachsen (K.d.ö.R.) – Zahnärzteversorgung (nachfolgend auch: Zahnärzteversorgung) erforderlichen Informationen und Unterlagen zu meiner Beschäftigung zwischen mir und dem unten genannten Arbeitgeber durch mich übermittelt werden (soweit nicht die direkte Übermittlung auf gesetzlicher Grundlage erfolgt, z.B. elektronische Meldungen nach § 28a Abs. 10, 11 SGB IV). Um den direkten Austausch zwischen Zahnärzteversorgung und Arbeitgeber vollständig zu ermöglichen, erkläre ich für meine Beschäftigung/en bei der/dem

Arbeitgeber/in:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname / Bezeichnung des Arbeitgebers)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

mein Einverständnis, dass die Zahnärzteversorgung mit dem o.g. Arbeitgeber sowie den für diesen tätigen Stellen oder Personen (Personalabteilung, Lohnbüro, Steuerberater, Bezügestelle u.ä.) in Kontakt tritt und alle zur Erfüllung der Aufgaben der Zahnärzteversorgung im Zusammenhang mit der Beschäftigung erforderlichen Informationen direkt mit dem Arbeitgeber austauscht. Hierbei handelt es sich insbesondere um Informationen zu/r/m

- Beginn, Dauer/Ende, Unterbrechung/Ruhen der Beschäftigung,
- Art der Tätigkeit,
- den Voraussetzungen der Einstufung als sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nach §§ 7ff. SGB IV,

- den Voraussetzungen und der Erteilung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI und dem diesbezüglichen Verfahren,
- Vergütung, soweit diese der satzungsgemäßen Berechnung der Versorgungsabgaben zugrunde zu legen ist, sowie den zu berechnenden Versorgungsabgaben,
- Vorliegen weiterer Beschäftigungsverhältnisse, soweit dies für die satzungsgemäße Berechnung der Versorgungsabgaben von Bedeutung ist (Mehrfachbeschäftigung nach § 22 Abs. 2 SGB IV).

Das Einverständnis gilt ab sofort, unabhängig vom Beginn der Beschäftigung. Es gilt auch für weitere Beschäftigungsverhältnisse bei demselben Arbeitgeber sowie über die Beendigung der Beschäftigung hinaus für alle Angaben, die zu ihrer satzungsgemäßen Erfassung und Abgabeberechnung ggf. noch erforderlich sind.

Das Einverständnis umfasst alle Formen der Übermittlung der Informationen unter Beachtung der diesbezüglichen gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz im Übrigen.

Das Einverständnis gilt zugleich auch gegenüber dem Arbeitgeber. Die Zahnärzteversorgung kann hierzu dem Arbeitgeber diese Erklärung übermitteln.

Das Einverständnis entbindet mich nicht von der Verpflichtung, mich schriftlich bei der Zahnärzteversorgung anzumelden und alle zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben zu machen und Nachweise vorzulegen (Mitwirkungspflichten, § 34 Abs. 1, 2 der Satzung).

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist in schriftlicher Form an die Zahnärzteversorgung Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden zu richten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Beschäftigter