

Ingevuld door medewerker HR-afdeling

Gegevens werkgever

Bedrijfsnaam		
Adres		
Postcode		Plaats

Gegevens werknemer

Voorletter(s)		Tussenvoegsel		Achternaam		
Straatnaam				Huisnr.		Toevoeging
Postcode		Woonplaats			Land	
Geboortedatum	- -					

Gegevens dienstverband

Ik, (HR-medewerker)
verklaar dat (naam werknemer)
per - - (dag-maand-jaar) bij ons in dienst is.

Ik verklaar dat deze werknemer wekelijks/maandelijks loon ontvangt waarover loonheffing en sociale lasten worden afgedragen volgens de Nederlandse wet. Het betreft een dienstverband voor:

- ☐ Onbepaalde tijd
☐ Bepaalde tijd, van - - t/m - -

Ondertekening

Ondergetekende verklaart namens de werkgever dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

Naam ondertekenaar	
Functie	
Getekend te	
Datum	- -

Handtekening:

Bedrijfsstempel*:

* indien geen bedrijfsstempel aanwezig is, graag meest actuele loonstrook werknemer meesturen

Voor eventuele verificatie kan contact opgenomen worden met

Naam	
Telefoonnummer	

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement van De Friesland.
Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565 | Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300