SANI-FONDS
LANDESZUSATZGESUNDHEITS-FONDS | FONDO SANITARIO INTEGRATIVO PROVINCIALE

An SANI-FONDS
Landeszusatzgesundheitsfonds
Marie-Curie-Str.15
39100 BOZEN
St.-Nr. 94121480217

ANSUCHEN UM EINSCHREIBUNG DES ZU LASTEN LEBENDEN EHEPARTNERS IN DEN GESUNDHEITSFONDS

Ersatzerklärung für die Bescheinigung des zu Lasten lebenden Ehepartners im Sinne der Art. 46-47 D.P.R. 445 vom 28. Dezember 2000

DER/DIE UNTERFERTIGTE

Nachname: _____ Name: _____

Steuernummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Geboren in am: |__|__|__|__|__|__|__|__| Geschlecht: ☐ M ☐ W

Wohnadresse _____ PLZ _____

Wohnsitzgemeinde _____Prov. (_____) Land _____

E-Mailadresse: _____@_____ Telefonnr.: _____

☐ **ALS ARBEITNEHMER/IN DES BETRIEBS** _____

MwSt.-Nr./St.-Nr._____

mit Sitz in _____ Adresse: _____ Nr._____

E-Mailadresse: _____@_____ Telefonnr.: _____

ERKLÄRT,

in das Statut und die Geschäftsordnung von Sani-Fonds Einsicht genommen zu haben und die darin enthaltenen Bedingungen zu akzeptieren;

BEANTRAGT:

☐ **EINSCHREIBUNG DES ZU LASTEN LEBENDEN EHEPARTNERS:**

ersuche um Einschreibung des zu Lasten lebenden Ehepartners in den Sani-Fonds. Zu diesem Zweck übermittle ich die nachfolgenden Personendaten.

SANI-FONDS
LANDESZUSATZGESUNDHEITS-FONDS | FONDO SANITARIO INTEGRATIVO PROVINCIALE

☐ **EHEPARTNER**

Nachname: _____ Name _____

Steuernummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Geschlecht: ☐ M ☐ W

Geboren in am: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Wohnadresse: _____ PLZ. _____

Wohnsitzgemeinde: _____ PROV. (_____)

In Kenntnis der strafrechtlichen Folgen im Falle von falschen oder unwahren Angaben im Sinne von Art. 76 des DPR 445 vom 28. Dezember 2000

ERKLÄRE ICH

dass mein Ehepartner steuerlich zu meinen Lasten lebt.

Datum der Erstellung: _____ Unterschrift Antragsteller/in: _____

UND VERPFLICHTET SICH:

- **Zur Einhaltung aller Bestimmungen des Statuts und der Geschäftsordnung des Sani-Fonds;**

  Zur Übermittlung sämtlicher nützlichen Informationen für die Einrichtung und Aktualisierung der Positionen. Falls auch die Einschreibung/Mitgliedschaft für die zu Lasten lebenden Ehepartners beantragt wird, übernimmt der/die Unterfertigte die Verantwortung für die Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der oben angeführten Informationen, inklusive des Vorliegens der erforderlichen Voraussetzungen für die Einschreibung. Ich verpflichte mich, eventuelle Änderungen der steuerlichen Behandlung meines Ehepartners rechtzeitig mitzuteilen.

HINWEIS: Sani-Fonds behält sich das Recht vor, jederzeit Prüfungen vorzunehmen und von den Eingeschriebenen/Mitgliedern geeignete Bescheinigungen zur Kontrolle der Zuverlässigkeit des Inhalts sämtlicher Erklärungen zu fordern.

Datum der Erstellung: _____ Unterschrift Antragsteller/in: _____

Senden Sie die vollständige Dokumentation an Sani-Fonds.

E-Mail: info@sani-fonds.it sani-fonds@secure-pec.it