

BESCHEINIGUNG ÜBER ENTSENDUNG (1)
UDSTATIONERINGSATTEST

Abkommen: Art. 7 Abs. 1
Konventionens art. 7, stk. 1

Durchführungsvereinbarung: Art. 4
Den administrative aftales art. 4

Personennummer in Dänemark
Personnr. i Danmark

Versicherungsnummer in Österreich
Forsikringsnr. i Østrig

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1. VERSICHERTE(R)
DEN FORSIKREDE

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| 1.1 Familienname Efternavn | Vorname(n) Fornavn(e) | Geburtsname Fødenavn |
| | | |
| 1.2 Geburtsdatum Fødselsdato | Staatsangehörigkeit Nationalitet | |
| | | |
| 1.3 Adresse im zuständigen Vertragsstaat (2) Adresse i den kompetente stat | | |
| | | |
| 1.4 Adresse im Aufenthaltsstaat (sofern bekannt) Adresse i opholdsstaten (såfremt den kendes) (2) | | |
| | | |

2. DIENSTGEBER
ARBEJDSGIVER

| |
|--|
| 2.1 Name oder Firmenname Navn eller firmanavn |
| |
| 2.2 Adresse (2) Adresse |
| |

3.

| |
|---|
| 3.1 Vorerwähnte(r) Versicherte(r) wird voraussichtlich für die Zeit Den forannævnte forsikrede udstationeres for et tidsrum, der påregnes at ville strække sig |
| vom bis fra til |
| von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet: som udsendt af den i pkt. 2 anførte arbejdsgiver til følgende virksomhed: |
| 3.2 Name oder Firmenname Navn eller firmanavn |
| |
| 3.3 Adresse (2) Adresse |
| |

4.1 Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die Rechtsvorschriften des Staates, in dem der unter Punkt 2 angeführte Dienstgeber seinen Sitz hat.
 Den pågældende er i det ovenfor anførte tidsrum omfattet af lovgivningen i den stat, hvor den i pkt. 2 anførte arbejdsgiver har sit hjemsted.

5. ZUSTÄNDIGER TRÄGER DES STAATES, IN DEM DER UNTER PUNKT 2 ANGEFÜHRTE DIENSTGEBER SEINEN SITZ HAT (3)
 DEN KOMPETENTE INSTITUTION I DEN STAT, HVOR DEN I PKT. 2 ANFØRTE ARBEJDSGIVER HAR SIT HJEMSTED

| | | |
|----------------------------|---------------|-----------------------------|
| 5.1 Name Navn | | |
| 5.2 Adresse (2) Adresse | | |
| 5.3 Stempel Stempel | Datum Dato | Unterschrift Underskrift |
| | | |

HINWEISE
 VEJLEDNING

(1) Vom zuständigen Träger des Staates, in dem der unter Punkt 2 angeführte Dienstgeber seinen Sitz hat, ist das Formular auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen. Bei einem Arbeitsunfall ist unbedingt der Träger des Aufenthaltsortes und der Dienstgeber zu verständigen.
 Blanketten udfyldes af den kompetente institution i den stat, hvor den i pkt. 2 angivne arbejdsgiver har sit hjemsted, og afleveres til den forsikrede eller arbejdsgiveren. Ved arbejdsulykke skal opholdsstedets institution og arbejdsgiveren i alle tilfælde orienteres.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
 Postnummer, by, gade, husnummer, stat.

(3) IN ÖSTERREICH: der zuständige Krankenversicherungsträger
IN DANEMARK: Staatliche Anstalt für Soziale Sicherheit

I ØSTRIG: Den kompetente Sygeforsikringsinstitution
I DANMARK: Sikringsstyrelsen