

**Bitte zurück an:**

Die Schwenninger Krankenkasse  
78044 Villingen-Schwenningen

**Einverständniserklärung**

- Der Abfrage der STIN über die ZfA direkt beim Bundeszentralamt für Steuern stimme ich zu.

ja                       nein

- Ich bin mit der Datenübermittlung nach § 10 Abs. EStG an die Finanzverwaltung einverstanden.

ja                       nein

Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Der Widerruf gilt ab dem folgenden Beitragsjahr.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes