



Fragebogen/Questionary

Persönliche Daten/Personal Data

Anrede/Title	Mr
Vorname/ First Name	MD Fathir Ahmed
Name/ LastName	Shishir
Geburtsname/Name at birth	
Geburtsdatum (zwingend erforderlich) / Date of birth (absolutely necessary)	14.10.1997
Geburtsort/Place of birth	Dhaka, Bangladesh
Familienstand/ Marital status	<input checked="" type="checkbox"/> ledig/single <input type="checkbox"/> verheiratet/married <input type="checkbox"/> verwitwet/widowed <input type="checkbox"/> geschieden/divorced
Konfession/Confession Employee	
Staatsangehörigkeit/Nationality	Bangladeshi
Steueridentifikationsnummer (Zwingend erforderlich)/ TAX identification number	93017500269

Ehepartner/Spouse (optional)

Vorname/First Name	
Name/Last Name	
Geburtsdatum/Date of birth	
Konfession/Confession	
Berufsbezeichnung/Profession	
Staatsangehörigkeit/Nationality	

Kinder/Children

Bitte reichen Sie eine Geburtsurkunde eines Kindes ein/Please submit a birth certificate of one child

Vorname/ First Name	Name/ Last Name	Geburtsdatum/ Date of birth	Geburtsort/ Place of birth	Geschlecht/ Gender
1.				
2.				
3.				
4.				

Adresse und Kontakt/address and contact

Straße, Hausnummer/street, No.	Ginnheimer Landstrasse 42, Room No: 379
PLZ, Wohnort/Postal code, City	60487, Frankfurt am Main
Telefon/Phone	+4915752125266
E-mail/e-mail	Mfa.shishir@gmail.com

**Evtl. 2. Wohnsitz/2nd. residence**

Straße/Street	
PLZ, Wohnort/Postal code, City	

Bankverbindung/Bank account

Bankbezeichnung, Ort/Name of bank, place	Commerzbank, Frankfurt am Main
Bankleitzahl/Bank identification number	
Kontonummer/Account number	643358500
IBAN	DE36 5004 0000 0643 3585 00
BIC	COBADEFFXXX

Sozialversicherung/Social Insurance

Sozialversicherungsnummer/German Social Insurance Number	81141097S084
Name der Krankenkasse/Name of the health insurance	TK
Straße/Street	Techniker Krankenkasse
Postleitzahl, Ort/Postal code, town	20901, Hamburg
Versicherungsnummer/Insurance number	C941022695

Arbeitsgenehmigung/Work permit (if applicable)

Nummer/Number	YZ7MF3K5G
Ausstellungsdatum/Issue Date	19.09.2022
Gültig bis/Date of expiry	30.05.2024
Land/Country	Germany
Stadt/City	Frankfurt am Main

Arbeitskleidung (für die Produktion, Logistik und nahestehende Abteilungen) / work clothes (for Production, Supply Chain and related departments)

Schuhgröße/ shoe size	
Kittelgröße/ Coat size	

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen hinzu:

Please provide us with the following documents:

Lohnsteuer Identifikationsnummer/ Wage tax number of Identification	<input checked="" type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
Kopie des Sozialversicherungsausweises/ Copy of your Social insurance card	<input checked="" type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse; bei privater Krankenversicherung mit Angabe der Beitragshöhe von Kranken- und Pflegeversicherung/ Membership certificate of your health insurance; in case of private insurance contribution amount to health and nursing care insurance must be documented	<input checked="" type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
Lebenslauf/curriculum vitae	<input checked="" type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
Urlaubsbescheinigung Ihres letzten Arbeitgebers/Certificate of your last employer concerning holiday	<input type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
bei Nicht-EU Mitarbeitern: Aufenthaltsgenehmigung und/oder Arbeitserlaubnis/for non EU employees residence permit and/or work permit	<input checked="" type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
Kopie des Personalausweises/copy of the Identity card	<input checked="" type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
Kopie des Führerscheins/copy of the driver licence	<input type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted
Kopie der Bankkarte/ Bankbestätigung/copy of the debit card	<input checked="" type="checkbox"/> beigefügt/ attached	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht/ to be submitted

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

I herewith confirm the correctness of my above information.

22.12.2022

Datum

Date



Unterschrift der/s Arbeitnehmerin/s

Employee's signature