

Formular: Änderung Dienstnehmer

1. Dienstgeber

Name:

2. Dienstnehmer

Familienname:

Vorname:

E-Mail-Adresse:

Versicherungsnummer:

3. Änderung Arbeitszeit

Wochenarbeitszeit neu:

Änderung gilt ab:

4. Änderung Arbeitszeitmodell

Arbeitszeitmodell neu:

Änderung gilt ab:

5. Änderung Bankverbindung

Neuer IBAN:

Neuer BIC:

6. Änderung Entgelt

Monatlicher Bruttobezug neu:

Monatlicher Sachbezug neu:

Änderung des Entgelts ab:

7. Änderung Versicherungsgrad

INFO: Wechsel von geringfügig versichert auf vollversichert ist nur am Monatsersten möglich

- ☐ geringfügig versichert
- ☐ vollversichert

8. Sonstige Änderungen

Bezeichnung:	
Änderung ab:	

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel Dienstgeber