

Abmeldung Dienstnehmer

Lohnverrechnungsstelle SWT-Union: Fax: 01/272 90 10-40

DATEN DIENSTGEBER	
Firma *	
DATEN DIENSTNEHMER	
Familienname / Vorname *	/
Anschrift:	
Sozialversicherungsnummer / Geburtsdatum	/
ARBEITSVERHÄLTNIS	
Ende der Tätigkeit *	
Abmeldegrund *	(bitte auswählen)
Stand Urlaubstage *	

Anmerkung:

Datum _____ Unterschrift _____
(Geschäftsführung bzw. Bevollmächtigter)

* Pflichtfelder