



Meldeformular für *unterjährige* Lohnänderung

Vertrags-Nr. _____

Name und Adresse der Praxis (auch Stempel möglich)

Praxisname: _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort: _____

Angaben der versicherten Person

Name: _____

Vorname: _____

AHV-Nummer: _____

Neue Jahreslohnsumme: _____

Gültig ab: _____

* Beschäftigungsgrad
für Teilzeitangestellte: _____

* Nur auszufüllen, falls in der Anschlussvereinbarung eine Reduktion des Koordinationsabzuges entsprechend dem Grad der Teilzeitbeschäftigung vorgesehen ist.

Unterschrift des Praxisinhabers:

Datum: _____