

Änderungsmitteilung Mitarbeiter

Arbeitgeber

Firma:	
Straße:	
PLZ/Ort:	

Arbeitnehmer

Familienname:	
Vorname:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	
Steueridentifikationsnummer:	
Sozialversicherungsnummer:	

Änderung der Bankverbindung

Geldinstitut:		
Kontonummer:		BLZ:

Änderung der Krankenkasse

Bisherige gesetzliche Krankenkasse:		
Neue gesetzliche Krankenkasse:		
Private Krankenkasse:		
Zuschuss durch Arbeitgeber:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Firmenzahler:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Monatl. Beitragsanteil für Basiskrankenversicherungsschutz: (Bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen)		

Änderung der Befristung

Der befristete Arbeitsvertrag wurde verlängert bis:	
Der befristete Arbeitsvertrag wurde verlängert am:	

Ausbildungsende

Tatsächliches Ende der Ausbildung:	
------------------------------------	--

Änderung der Arbeitszeit

Wochenarbeitszeit bislang:	
Wochenarbeitszeit neu:	
Änderung gilt ab:	
Grund für die Änderung:	<input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen <input type="checkbox"/> Vollzeit auf Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb einer Teilzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Pflegezeit <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung - wenn Aufstockungsbeiträge gezahlt werden <input type="checkbox"/> sonstiger Änderungsgrund

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit eines Vollzeitarbeitnehmers:	

Änderung des Entgelts

Änderung des Entgelts ab:	
Monatl. Bruttobezug neu:	
Monatl. Sachbezug neu:	
Stundenlohn neu:	

Änderung der Tätigkeit

Bisherige Tätigkeit:	
Neuer Tätigkeitsbereich:	

Änderung betriebliche Altersvorsorge

Betriebliche Altersvorsorge: <input type="checkbox"/> Ja (entsprechende Unterlagen einreichen) <input type="checkbox"/> Nein
--

Änderung Vermögenswirksame Leistungen

Vermögenswirksame Leistungen: (bitte Bescheinigung des zuständigen Instituts einreichen)	
Arbeitgeberanteil:	
Arbeitnehmeranteil:	
Vertragsbeginn:	
Vertragsnummer:	
Kto. des Instituts:	BLZ:
Kreditinstitut:	

Sonstiges

Sonstige Änderung ab:	
Sonstige Änderung:	

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechen. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.

Ort/Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Unterschrift/Stempel Arbeitgeber



Mainstr. 2
06846 Dessau-Roßlau
Tel.: 0340/640190
E-Mail: mail@stbfleischer.de
www.stbfleischer.de