

An die
Salzburger Gebietskrankenkasse

E-Mail: mvb@sgkk.at
Fax: 0662/8889-4008

WIDERRUF von verantwortlich Beauftragten

gemäß § 7j Abs.2 Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz in Verbindung mit § 9 Abs.2 und
3 Verwaltungsstrafgesetz 1991

1. Arbeitgeberin/Arbeitgeber

		Beitragskontonummer
Firma (Name des Betriebes)		Firmenbuchnummer
Anschrift (Betriebssitz: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	

2. Die Bestellung des Verantwortlichen Beauftragten

Familienname	Vorname	SV-Nummer	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefonnummer	
wird widerrufen.			

3. Datum des Widerrufs

Widerruf (Datum)	
------------------	--

**Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers bzw. der zur Vertretung nach außen
berufenen Organe des Unternehmens**

(Datum, Unterschrift)