

An die  
Salzburger Gebietskrankenkasse

E-Mail: [mvb@sgkk.at](mailto: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

Familiename	Vorname	SV-Nummer	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefonnummer	
<b>wird widerrufen.</b>			

### 3. Datum des Widerrufs

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

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

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)