

Fresenius Medical Care Langzeitkonto

Widerruf laufender Einbringung(en) - Leitende Angestellte

Name, Vorname

Personalnummer

Firma

Der*die Mitarbeiter*in widerruft folgende laufende Umwandlung/en
ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt. (Bitte ankreuzen)

- ☐ Laufendes **monatliches Bruttogehalt**
- ☐ Jährlicher Auszahlungsbetrag der **Zielvariable**
- ☐ Ausübungserlöse aus **Long Term Incentive Programmen**

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter*in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Vergütungsmanagement

**Bitte geben Sie das Formular bei Ihrem*Ihrer zuständigen Sachbearbeiter*in
im Vergütungsmanagement ab.**

Bearbeitungsvermerke VM: _____