

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: _____