

**Fresenius Medical Care Langzeitkonto**  
**Abspielen. Pausieren. Vorspulen.**



## **Widerruf laufender Einbringung - Schweinfurt**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Personalnummer

\_\_\_\_\_  
Firma

**Der/die Mitarbeiter/in widerruft folgende laufende Umwandlung ab dem nächstmöglichen Termin:** (Bitte ankreuzen)



**Zielvariable Vergütung**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber/Vergütungsmanagement

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

Bearbeitungsvermerk: \_\_\_\_\_  
(wird vom VM ausgefüllt)