

## Fresenius Medical Care Langzeitkonto

Widerruf laufender Einbringung(en)

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

\_\_\_\_\_  
Personalnummer

\_\_\_\_\_  
Firma

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

- ☐ Laufendes **Tarifgehalt/Monatslohn** bzw. - für AT-Mitarbeiter\*innen - **AT-Gehalt**
- ☐ Anspruch auf **tarifliche Altersfreizeit**
- ☐ Abgeltung von **Mehrarbeitsstunden** aus dem Kompensationskonto, die nicht in Freizeit genommen werden konnten, inkl. steuer- und sozialversicherungspflichtiger Zuschläge.
- ☐ \_\_\_\_% des Auszahlungsbetrags der jährlichen **Zielvariablen** (bei AT-Mitarbeiter\*innen)

Nur bei Umwandlung von Altersfreizeit:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorgesetzte\*r

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_