

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*

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: _____