



**FRESENIUS  
MEDICAL CARE**

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

 PAUSIEREN.

## **Widerruf laufender Einbringung(en)**

---

Name, Vorname

Personalnummer

---

Firma

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

- Laufendes monatliches **Bruttoentgelt**
- Jährlicher Auszahlungsbetrag der **Zielvariablen**

---

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in

---

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Vergütungsmanagement

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