Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Kontonummer

1 **Sonderzahlungs-meldung**

Für den Monat .....

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen		Bruttobetrag in Euro und Cent	Kassenvermerke
Nach- und Vornamen der Versicherten	Art der Sonderzahlung Versicherungsnummer		

Dienstgebername

Unterschrift und Stempel der/des Dienstgebers(in) bzw. der/des Bevollmächtigten

Betriebsart | Telefonnummer:

Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)

Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in | E-Mail:

Bevollmächtigte(r)/Hersteller(in) | Telefonnummer:

Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.) | E-Mail:

Datum .....