



Augenoptiker Ausgleichskasse
 Ruhrallee 9
 44139 Dortmund

Arbeitgeber
Betr.-Nr.

- Anmeldung Arbeitnehmer
 Abmeldung Arbeitnehmer

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

- weiblich männlich

Sozialversicherungsnummer: _____

Beginn der Beschäftigung: _____

regelmäßige Arbeitszeit: _____ Std./Woche

Monatliche Bruttolohn: _____ Euro

- geringfügig beschäftigt

Nur bei Abmeldung des Arbeitnehmers ausfüllen

Name	Vorname	Geb.-Datum
Ende der Beschäftigung	Grund unbedingt angeben: Kündigung ð Ausbildungsende ð Tod ð	

 Datum, Unterschrift

Wir benötigen neue An-/Abmeldeformulare. Wir bitten um Zusendung von _____ Stück.