

## ÄNDERUNG DIENSTNEHMER

### FIRMA / PRAXIS

<b>Name</b>	
-------------	--

### DIENSTNEHMER

<b>Familienname</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	

### DIENSTNEHMER

<b>Wochenarbeitszeit bislang</b>	
<b>Wochenarbeitszeit neu</b>	
<b>Änderung gilt ab</b>	

### ÄNDERUNG ARBEITSZEITMODELL

<b>Arbeitszeitmodell neu</b>	
<b>Änderung gilt ab</b>	

### ÄNDERUNG ENTGELT

<b>Monatlicher Bruttobezug neu</b>	
<b>Monatlicher Sachbezug neu</b>	
<b>Änderung des Entgelts ab</b>	

### SONSTIGES

<b>Sonstige Änderung ab</b>	
<b>Sonstige Änderung</b>	
<b>Anmerkungen</b>	

**Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.**

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Dienstnehmer

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift / Stempel Dienstgeber