

Tel. 0471 946 525/551
FAX 0471 946 693
pensionsfonds@raiffeisen.it

An die
Raiffeisen Landesbank Südtirol AG
Laurinstraße 1
39100 BOZEN

MITTEILUNG WIEDERAUFNAHME BEITRAGSZAHLUNG *)

Arbeitgeber / Lohnberater

Der Arbeitgeber _____
mit Rechtssitz in _____ Prov. _____ PLZ _____
Straße. _____ Nr. _____ Mwst.-Nr. _____
vertreten durch den Lohnberater _____

teilt mit,

dass folgende/r im Raiffeisen Offener Pensionsfonds eingeschriebene/n Arbeitnehmer zum unten angeführten Datum **wiedereingestellt und die Beitragsleistungen wieder aktiviert** werden:

Nachname	Vorname	Steuernummer	Datum Beginn Wiedereinzahlung

Obengenannte/r Arbeitnehmer wurde/n vorab darüber informiert.

Datum _____ Stempel und Unterschrift _____

*) Im Falle der Wiederaufnahme der Beitragszahlungen mit anderem Arbeitgeber ist dieses Formular NICHT ausreichend; der Arbeitnehmer muss eine Neueinschreibung veranlassen (neues Beitrittsformular).