

## Meldeformular für *unterjährige* Lohnänderung

Vertrags-Nr.: U230\_ - \_ \_

### Name und Adresse der Praxis (auch Stempel möglich)

Praxisname: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Angaben der versicherten Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: 756. \_\_\_\_\_

Neue Jahreslohnsumme: \_\_\_\_\_

Gültig ab: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad für  
Teilzeitangestellte: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Praxisinhabers:

Datum: \_\_\_\_\_