

Augenoptiker Ausgleichskasse  
Generationenweg 4

Arbeitgeber

44225 Dortmund

Betr.-Nr.

**Anmeldung** Arbeitnehmer

**Abmeldung** Arbeitnehmer

Name

Vorname

Geb.-Datum

weiblich

männlich

Sozialversicherungsnummer:

Beginn der Beschäftigung:

regelmäßige Arbeitszeit:

Std./Woche

Monatlicher Bruttolohn:

Euro

geringfügig beschäftigt

**Nur bei Abmeldung des Arbeitnehmers ausfüllen**

Name

Vorname

Geb.-Datum

Ende der Beschäftigung

**Grund unbedingt angeben**

Kündigung

Ausbildungsende

Tod

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift