

## FORMULAR FÜR ARBEITGEBER

# Meldung Veränderung von versicherten Löhnen

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8090 Zürich

**Angaben zum Arbeitgeber**

Arbeitgeber:

Kontaktperson: (Vorname, Name)

Vertrags-Nr.:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

**Gültigkeit**

Lohnänderungen per:

Sozialversicherungs-Nr.	Name/Vorname (Namen alphabetisch auflisten)	Beschäftigungsgrad (%)	Anrechenbarer Jahreslohn (CHF)
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber: