

WIDERRUF von verantwortlich Beauftragten

gemäß § 24 Abs. 2 Lohn- und Sozialdumping-Bekämpfungsgesetz (LSD-BG) in Verbindung mit § 9 Abs. 2 und 3 Verwaltungsstrafgesetz 1991.

Empfänger:

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Versicherungsabteilung/Rechtsberatung
Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten
E-Mail-Adresse: rechtsberatung-va@noegkk.at
Fax-Nummer: 050 899 6480

1. Arbeitgeberin/Arbeitgeber

Firma (Name, Art des Betriebes):
Anschrift (Betriebssitz: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Beitragskontonummer:

Firmenbuchnummer:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

2. Die Bestellung des Verantwortlichen Beauftragten wird widerrufen.

Familiename/Nachname:

Vorname/n:

Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Sozialversicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

3. Datum des Widerrufs

Widerruf (Datum):

4. Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers bzw. der zur Vertretung nach außen berufenen Organe des Unternehmens

Datum, Unterschrift: