

**Mitarbeitererklärung
über die Teilnahme an der betrieblichen Altersversorgung**

Arbeitgeber _____

Arbeitnehmer (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Personal-Nummer _____

- Hiermit bestätige ich als Arbeitnehmer(in) der o.a. Arztpraxis, über mein Recht auf Entgeltumwandlung gem. §1 Betr. AVG ausführlich im Rahmen eines persönlichen Beratungsgesprächs informiert worden zu sein. Die Daten für die gewünschte Entgeltumwandlung ergeben sich aus der separaten Umwandlungsvereinbarung.
- Hiermit bestätige ich meinem Arbeitgeber, daß ich mein Recht auf Entgeltumwandlung gem. §1 Betr. AVG und die Vorteile der betrieblichen Altersversorgung nach der heutigen persönlichen Beratung verstanden habe, aber derzeit keinen Antrag stellen möchte.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

Ort, Datum

Unterschrift des Mitarbeiters

Ort, Datum

Unterschrift des Geschäftsbesorgers

Jeweils 1 Exemplar Personalakte/Mitarbeiter/Beratungsprotokoll Geschäftsbesorger