Überweisungsrückruf

Empfänger

Kommunales Dienstleistungszentrum
Fachbereich Lohn und Gehalt
Fax. 0611 – 845 77700

Wir bitten, die untengenannte Überweisung nicht dem Empfänger gutzuschreiben!

Name/Vorname des Empfängers

Konto-Nr. des Empfängers

BLZ Empfängerinstitut

Name des Empfängerinstitut **(unbedingt ausfüllen)**

Hauptsitz des Empfängerinstitut **(unbedingt ausfüllen)**

Abrechnungsmonat
/ **2 0 0**

Betrag
, **€**

Grund des Rückrufs

Teilnehmer-Nr.
2 5

Personalnummer

Absender

Teilnehmer: _____

Sachbearbeiter/in: _____

Telefon/Durchwahl: _____

Datum

Dienststempel

Unterschrift