

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>SV-Nummer:</b>		<b>Staatsangehörig.:</b>	

bitte eine Auswahl ankreuzen

- ☐ Ich zahle Beiträge zur Rentenversicherung nur aus dem reduzierten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt.
- ☐ Hiermit verzichte ich auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes in der Rentenversicherung und zahle den vollen Rentenversicherungsbeitrag.

Für alle hier genannten Beschäftigungen habe ich ebenfalls den Verzicht erklärt bzw. werde ich den Antrag beim Arbeitgeber unverzüglich stellen. Mir ist bekannt, dass ein Widerruf dieser Erklärung für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses nicht möglich ist.

<b>Arbeitgeber:</b>			
Name:		Straße:	
PLZ/ Ort:		Telefon:	
Betriebs-Nr.:			
Antragseingang:		Wirksamkeit ab:	

<b>weitere Arbeitgeber:</b>			
Firma:		Gehalt:	
Anschrift:		beschäftigt seit:	
Firma:		Gehalt:	
Anschrift:		beschäftigt seit:	
Firma:		Gehalt:	
Anschrift:		beschäftigt seit:	

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--