Pharmazeutische Gehaltskasse
Rechnen Sie mit uns!

Gehaltsüberweisung auf ein Konto des Dienstgebers

einsenden an: Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich
Spitalgasse 31, 1090 Wien; FAX: (01) 404 14 / 249
telefonische Rückfragen: (01) 404 14 / 222

www.gehaltskasse.at
office@gk.or.at
DVR 0075868

Name der Apotheke	Betriebsnummer

Apothekenanschrift

Familien- und Vorname der Dienstnehmerin (des Dienstnehmers)	Geburtsdatum

Die Unterzeichneten erklären sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Gehaltskassenbezüge des Dienstnehmers ab sofort von der Pharmazeutischen Gehaltskasse auf das unten angeführte Konto des Dienstgebers überwiesen werden:

Bank des Dienstgebers:

IBAN des Dienstgeberkontos:

BIC des Dienstgeberkontos:

Diese Erklärung muss spätestens 10 Arbeitstage vor Monatsabschluss bei der Gehaltskasse einlangen, damit gewährleistet werden kann, dass die Überweisung bereits in diesem Monat auf das Konto des Dienstgebers erfolgt. Beide Seiten können ohne Angabe von Gründen einseitig diese Erklärung schriftlich widerrufen. Die widerrufende Partei verpflichtet sich in diesem Fall zur zeitgleichen schriftlichen Mitteilung an die andere Partei. Sie erlischt in jedem Fall, wenn der Leiter der Apotheke seine Leitertätigkeit beendet.

..... Unterschrift Dienstnehmer	..... Datum	..... Unterschrift Apothekenleiter und Apothekenstempel

Bitte beachten Sie, dass diese Erklärung vom Dienstnehmer und vom Apothekenleiter persönlich unterschrieben sein muss.

Die Datenverarbeitung in der Pharmazeutischen Gehaltskasse erfolgt aufgrund gesetzlicher Bestimmungen.
Weiterführende Informationen unter https://www.gehaltskasse.at/dsgvo

Fassung: Jänner 2024