



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:

.....
Unterschrift Dienstnehmer

.....
Datum

.....
Unterschrift Apothekenleiter und Apothekenstempel

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

Diese Erklärung muss spätestens 7 Tage vor Monatsabschluss bei der Gehaltskasse einlangen, damit gewährleistet werden kann, dass die Überweisung bereits in diesem Monat auf das Konto des Dienstgebers erfolgen kann. Beide Seiten können ohne Angabe von Gründen einseitig diese Erklärung **schriftlich** widerrufen. Sie erlischt in jedem Fall wenn der Leiter der Apotheke seine Leitertätigkeit beendet.