



Meldung für pharmazeutische Fachkräfte

einsetzen 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 Geburtsdatum

Rechtliche Stellung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dienstnehmer | <input type="checkbox"/> Konzessionär | <input type="checkbox"/> Beamter |
| <input type="checkbox"/> Dienstnehmer im Riskenausgleich | <input type="checkbox"/> Pächter | <input type="checkbox"/> Ordensangehörige |
| | <input type="checkbox"/> Miteigentümer | |

sonstige Diensteigenschaft: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leitung | <input type="checkbox"/> Urlaubsvertretung | <input type="checkbox"/> Krankenvertretung |
|----------------------------------|--|--|

Anmeldung

 (Beginn eines neuen Dienstverhältnisses)

Beginn Dienstverhältnis: befristet bis: Dienstaussmaß: /10

Ummeldung

 (Änderung eines bestehenden Dienstverhältnisses)

Änderung ab: Änderung befristet bis: neues Dienstaussmaß: /10

Abmeldung

 (Beendigung eines Dienstverhältnisses)

Ende des Dienstverhältnisses: letzter Arbeitstag: Anzahl Monate Abfertigung ALT:

Art der Beendigung: Kündigung Dienstgeber einvernehmliche Lösung Entlassung
 Kündigung Dienstnehmer Zeitablauf

Anmerkung:

.....
Unterschrift pharm. Fachkraft

.....
Datum

.....
Unterschrift Apothekenleiter und Apothekenstempel