



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE
Oberösterreichische
Gebietskrankenkasse

Kontonummer

Steuernummer

**Meldung zum
MV-Beitrag durch
Vorschreibetriebe**

.....
Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Summe des monatlichen
MV-Beitrages aller ArbeitnehmerInnen

ab € ,.....

| | | |
|---|----------------|---|
| Dienstgeberrname | | Unterschrift und Stempel der/des Dienstgebers(in) bzw. der/des Bevollmächtigten |
| Betriebsart | Telefonnummer: | |
| Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.) | | |
| Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in | E-Mail: | |
| Bevollmächtigte(r)/Hersteller(in) | Telefonnummer: | |
| Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.) | E-Mail: | |
| | | Datum |