

**WIDERRUF der Bestellung von verantwortlichen Beauftragten
gemäß § 24 Abs. 2 Lohn- und Sozialdumping-Bekämpfungsgesetz (LSD-BG) in
Verbindung mit § 9 Abs. 2 und 3 Verwaltungsstrafgesetz 1991 (VStG)**

1. Arbeitgeberin/Arbeitgeber

		Beitragskontonummer
Firma (Name, Art des Betriebes)		Firmenbuchnummer
Anschrift (Betriebssitz: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Art des Betriebes

2. Verantwortlicher Beauftragter

Familienname	Vorname	SV-Nummer	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefonnummer	

3. Datum des Widerrufs / Ausscheiden aus dem Unternehmen

Widerruf (Datum)	Ausscheiden (Datum)
------------------	---------------------

**Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers bzw. der zur Vertretung nach außen
berufenen Organe des Unternehmens**

(Datum, Unterschrift)

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die
Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter:
www.gesundheitskasse.at/datenschutz.