# Überweisungsrückruf

**Empfänger**

**Kommunales Dienstleistungszentrum**
Fachbereich Lohn und Gehalt
Fax. 0611 – 845 77700

**Wir bitten, die untengenannte Überweisung nicht dem Empfänger gutzuschreiben!**

Name/Vorname des Empfängers

IBAN des Empfängers

| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

BIC Empfängerinstitut

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Name des Empfängerinstituts **(unbedingt ausfüllen)**

Abrechnungsmonat

| | | / | 2 | 0 | 1 | |
|---|---|---|---|---|---|---|

Betrag

| | | | | | , | | | € |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Grund des Rückrufs

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Teilnehmer-Nr.

| 2 | 5 | | |
|---|---|---|---|

Personalnummer

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Absender**

Teilnehmer: _____

Sachbearbeiter/in: _____

Telefon/Durchwahl: _____

Datum _____ Dienststempel _____ Unterschrift _____

.....