

## Meldeformular Lohnmutation

### Arbeitgeber

Unternehmung	Unternehmensnummer
--------------	--------------------

### Versicherte Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr. neu

### Lohnmutation

Gültig ab Datum	
AHV-pflichtiges Jahreseinkommen neu CHF	
Beschäftigungsgrad neu	%

### Bemerkungen

Versanddatum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
--------------	---

