

Name, Vorname ,	Anwendernummer / Personalnummer <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> / <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															
Anschrift	Bearbeiternummer	Geburtsdatum	Telefonnummer													

Landesamt für Finanzen
Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 1225
17222 Neustrelitz

Abtretungserklärung

Name, Vorname
geboren am
Wohnort

Von meiner Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit* trete ich dem Landesamt für Finanzen Mecklenburg-Vorpommern einen Betrag in Höhe von _____ EUR für vorschussweise gezahlte(n) sonstige Bezüge/Krankengeldzuschuss (§ 22 Abs. 4 TV-L) ab.

Ich bitte die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, den abgetretenen Betrag direkt an die Landeszentalkasse Schwerin zu überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift

Abtretungserklärung

Name, Vorname
geboren am
Wohnort

Von meiner Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit* trete ich dem Landesamt für Finanzen Mecklenburg-Vorpommern einen Betrag in Höhe von _____ EUR für vorschussweise gezahlte(n) sonstige Bezüge/Krankengeldzuschuss (§ 22 Abs. 4 TV-L) ab.

Ich bitte die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, den abgetretenen Betrag direkt an die Landeszentalkasse Schwerin zu überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift

* Nichtzutreffendes bitte streichen

B

