

Anschrift Personal verwaltende Dienststelle		Ort und Datum	
		Sachbearbeiter	Telefon
		Beschäftigungsdienststelle	
<b>Landesamt für Steuern und Finanzen</b> Arb.Gr.		<b>Erklärung zum Zahlungsverfahren</b>  (Zutreffendes bitte ausfüllen)	

Geschäftszeichen des LSF		Name, Vorname		Geb.-datum	
Sachbearb.-Nr.	Personalnummer				
		Anschrift, PLZ, Ort			
Ich beantrage, meine Bezüge ab zum nächstmöglichen Zeitpunkt auf das unten angegebene Konto zu überweisen.					
IBAN:			BIC:		
bei:					
Kontoinhaber <sup>1</sup>					
Mir ist bekannt, dass <b>1. das Landesamt für Steuern und Finanzen zu Unrecht überwiesene Bezüge bis zum tariflich festgelegten Fälligkeitstag ganz oder teilweise zurückrufen kann, auch wenn sie dem Konto bereits gutgeschrieben worden sind,</b> <b>2. ich über meine Bezüge vor dem Fälligkeitstag nicht verfügen kann,</b> <b>3. ich bei nicht rechtzeitiger Mitteilung der Überweisungsdaten die dadurch entstandenen zusätzlichen Überweisungskosten zu tragen habe (§ 24 Abs. 1 TV-L/TV-Ärzte/TV-Ärzte SKH).</b>					
Datum und Unterschrift der/des Beschäftigten			telefonisch erreichbar unter Tel.-Nr. <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> wenn Sie nicht Kontoinhaber(in) sind

<sup>2</sup> für evtl. Rückfragen, Angabe freiwillig