

**MITTEILUNG WIEDERAUFNAHME DER BEITRAGSZAHLUNG FÜR  
SAISONARBEITER/AUSHILFSKRÄFTE/ANGESTELLTE AUF ZEIT<sup>1</sup> (Arbeitgeber - Privatsektor)**

Die Gesellschaft/Körperschaft <input type="text"/>				
mit Sitz in <input type="text"/>		Prov. <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>	
Str. <input type="text"/>			Nr. <input type="text"/>	
MwSt.-Nr.	<input type="text"/>	Steuernummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	

**TEILT MIT, DASS**

die folgenden im Laborfonds eingeschriebenen Arbeitnehmer zum unten angegebenen Zeitpunkt erneut eingestellt wurden und dass ab diesem Datum die Beitragszahlung an den Fonds wieder aufgenommen wird:

Vorname	Nachname	Steuernummer	Datum Wiedereinstellung	Begin Beitragszahlung

Die oben genannten Arbeitnehmer wurden zu diesem Zweck vorher befragt



**Datum**

**Stempel und Unterschrift**



Dieses Formular ist  
**PER E-MAIL: info@laborfonds.it**  
oder **IN ORIGINAL** an  
Zusatzrentenfonds Laborfonds z. Hd. Verwaltungsservice Pensplan Centrum AG  
In der Mustergasse 11 39100 Bozen – Via Gazzoletti, 47 38122 Trient  
oder **PER PEC** an laborfonds@pec.it  
zu senden.

<sup>1</sup> In Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung mit einem anderen Arbeitgeber muss der Beitritt zum Fonds durch den Arbeitnehmer erneut bestätigt werden (neues Beitrittsformular). Vorliegende Mitteilung gilt nicht für den Fall des stillschweigenden Beitritts.