

Name	SV-Nummer / Geburtsdatum

An die
Niederösterreichische Vorsorgekasse AG
Neue Herrengasse 10
3100 St. Pölten

per Fax: (02742) 90 555 71 20
per E-Mail: office@noevk.at

Übertragung gemäß § 17 Abs. 2a BMSVG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte über den mir zustehenden Abfertigungsbetrag gemäß § 17 Abs. 2a BMSVG verfügen und beantrage die Übertragung in die Vorsorgekasse meines neuen Arbeitgebers:

VK (Leitzahl)	APK Vorsorgekasse AG (71100)
---------------	------------------------------

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift