

Mitglied:

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. oder Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Datum:

\_\_\_\_\_  
Auskunft erteilt:

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mitglieds-Nr.

Kommunaler Versorgungsverband  
Brandenburg  
- Zusatzversorgungskasse -  
Postfach 12 09

16771 Gransee

## Lieferschein

Erstellungsdatum	Eigentümerkennzeichen	Dateibezeichnung „Meldungen zur ZVE“
------------------	-----------------------	---

Es wird folgender Datenträger geliefert:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Band / Kassette

Dateiname „ZVE“	Volume-Nr.	Zeichendichte <input type="checkbox"/> 1600 <input type="checkbox"/> 6250 <input type="checkbox"/> 38 K
Dateiumfang (Anzahl der Blöcke)	Recordformat FB	Satz-/Blocklänge 300/9000

Diskette

Dateiname „ZVE“	Diskettenformat 1,44 MB	Satzlänge 302 (incl. CR/LF)
--------------------	----------------------------	--------------------------------

Der Datenträger enthält Datensätze mit Meldetatbeständen/dem Meldetatbestand:

zur Abwicklung des gesamten Meldewesens

(außer Jahresmeldung)

Jahresmeldung

Gemeldete Mitgliedsnummer(n)	Bemerkungen
------------------------------	-------------

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift