

Mitglied:

Straße, Haus-Nr. oder Postfach

PLZ, Ort

Datum:

Auskunft erteilt:

Telefon

Mitglieds-Nr.

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
- Zusatzversorgungskasse -
Postfach 12 09

16771 Gransee

Zulassungs-Nr.: _____

Lieferschein

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

Es wird folgender Datenträger geliefert:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Diskette Rücksendung erwünscht

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

CD-ROM Rücksendung erwünscht

Dateiname „ZVE“	CD-ROM Format ISO 9660 / JOLIET	Satzlänge 302 (incl. CR/LF)
--------------------	------------------------------------	--------------------------------

Band / Kassette Rücksendung erwünscht

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

Der Datenträger enthält Datensätze mit Meldetatbeständen/dem Meldetatbestand:

zur Abwicklung des gesamten Meldewesens

Monatsmeldung Jahresmeldung

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

Datum, Unterschrift
