

Personalerfassungsbogen

Erstmeldung/Änderungsmeldung beim BwDLZ

Hinweis: Ich willige hiermit in die Erhebung meiner nachfolgend erhobenen Daten ein. Die Erhebung dient

- der automatisierten Berechnung der Leistungen nach dem Wehrsoldgesetz
- der automatisierten Abrechnung des Verpflegungsgeldes und Teilnahme am Erfassungssystem Verpflegung
- der automatisierten Abrechnung des Auslandsverwendungszuschlages einschließlich der Erstellung eines Nachweises.

Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu diesen Zwecken erhoben und gespeichert. Ohne die Erhebung meiner personenbezogenen Daten ist die Berechnung meiner Ansprüche nach dem Wehrsoldgesetz (Wehrsold, Entlassungsgeld u.a.) und dem Bundesbesoldungsgesetz (Auslandsverwendungszuschlag) bzw. die Teilnahme als Mitverpflegter an der Verpflegung nicht möglich.

Mir ist bekannt, dass die zur Abwicklung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs erforderlichen Angaben an die zuständige Bundeskasse zur weiteren Abwicklung übermittelt werden. Bei Besoldungsempfängern werden Nachweise über die erfolgte Zahlung des Auslandsverwendungszuschlages an die für die Besoldung zuständige Wehrebereichsverwaltung gesandt.

Die Löschung meiner Daten erfolgt entsprechend der haushaltsrechtlichen Bestimmungen.

Personenkennziffer		Chipkartennummer	
Dienstgrad/Amtsbez.		Personalnummer	
Mandatsreferenznummer		BVA	
Name:			
Vorname:			

Bankverbindung :

IBAN :	DE	BIC :	
---------------	-----------	--------------	--

Wenn abweichend Kontoinhaber/Kontoinhaberin

Name

Vorname

Status :

FWDL _____ Monate

SaZ _____ Jahre

Handy: _____

E-Mail: _____

Dienstantritt <small>(Dan,nv)</small>	Entlassungsdatum <small>(Datunt)</small>	Karrierecenter der Bw
---------------------------------------	--	-----------------------

Nur auszufüllen, wenn Sie Wehrsold empfangen

Berechtigungsausweis

Nr.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat siehe Rückseite

Rückseite Personalerfassungsbogen

SEPA - Lastschriftmandat

--siehe Vorderseite --

Ich ermächtige die unten genannte Bundeskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bundeskasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Zahlungsempfänger **Bundeskasse Halle, Merseburger Str. 196, 06110 Halle**

Zahlungspflichtige/r **Gläubiger-Identifikationsnummer: DI:09ZZZ00000000001
-- siehe Vorderseite --**

Anschrift **-- siehe Vorderseite --**

Zahler/in

(bitte nur eintragen, wenn Zahlungspflichtige/r nicht identisch mit Kontoinhaber/in ist)

Vorname und Nachname
 Straße und Hausnummer
 Postleitzahl Ort
 Land
-- siehe Vorderseite --

Kontoverbindung Zahler/in **IBAN (International Bank Account Number)**
-- siehe Vorderseite -- **-- siehe Vorderseite --**
BIC Business Identifier Code) Name der Bank

Einmalige Zahlung (B2C) **Mehrmalige Zahlungen (B2C)**

Seedorf _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____
Ort der Unterschrift Datum der Unterschrift

X
Unterschrift Zahler/In

Bitte senden Sie dieses Formular zurück an:
 BwDLZ Rotenburg - StO Seedorf
 Twistenberg 119
 27404 Seedorf

Dieses Feld bitte nicht beschriften (nur für interne Vermerke durch Bundeswehr und Bundeskasse)
 Erfassungsdatum:
 Erfassung durch

Bewirtschafternummer