

**Abmeldung von austretenden Mitarbeitenden**

Sie können uns die Angaben auch online via connect übermitteln.

**Austritte**

Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum
Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum
Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum
Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum
Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum
Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum
Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum
Versichertennummer (AHV-Nr.)	Familienname und Vorname	Austrittsdatum

**Arbeitgeber und Kontaktperson**

Abrechnungsnummer (Abr-Nr.)	Kontaktperson für Rückfragen
Firmenname	Telefon Direktwahl, E-Mail-Adresse

**Bestätigung**

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift
---------------	--------------------------

Für die Zustellung per Post verwenden Sie bitte dieses Adressblatt (für rechts- oder linksseitige Fenstercouverts).

Ausgleichskasse  
Gewerbe St. Gallen  
Abteilung Leistungen / Kundendienst  
Geltenwilenstrasse 16  
Postfach  
9001 St. Gallen

Ausgleichskasse  
Gewerbe St. Gallen  
Abteilung Leistungen / Kundendienst  
Geltenwilenstrasse 16  
Postfach  
9001 St. Gallen