

Absender Name:

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

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

Auskunft erteilt:

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
Telefax:

**Zulassungs-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 ? 1600   ? 6250   ? 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**

Die Rücksendung der Diskette(n) ist erwünscht.

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

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_