

An den
Kommunalen Versorgungsverband Brandenburg
-Zusatzversorgungskasse-
Rudolf-Breitscheid-Str. 62
16775 Gransee

Mitglieds-Nr. _____
(Arbeitgeber-Nr.)

(Bitte hier vollständige Anschrift mit Ansprechpartner eintragen)

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

**Personalsachbearbeiterschulung
für Mitglieder der Zusatzversorgungskasse
beim Kommunalen Versorgungsverband Brandenburg**

Es besteht Interesse an einer **Personalsachbearbeiterschulung**

- zur Pflichtversicherung (Betriebsrente) einschließlich Arbeitnehmerbeitrag**

- zur freiwilligen Versicherung (Riester/Entgeltumwandlung)**