

Zahlungsaufforderung für Beitragsmonat ²⁴ Mai

Berlin, den

15

Juni 22.

Herrn — Frau — Firma

Konto-Nr.

Dieses Geschäftszeichen ist stets anzugeben, insbesondere bei Einsprüchen gegen unsere Beitragsforderung, um unnötige Verzögerungen zu vermeiden.

Bitte die Rückseite ebenfalls zu beachten.

Postscheck-Konto Nr. 14823

Name	Stufe Klasse	Tage	Kassenbeitrag	Arbeitslosen- beitrag	Gebühren Porto	Bemerkungen
Glaser	6		11 16	12 09		
Mai	1		2 23	2 42		
Konto-Nr. 16493			13 39	14 51		Gesamtbetrag RM Pf. 27 90

Wir überreichen Ihnen hierbei eine Aufstellung über die von Ihnen zu entrichtenden Beiträge mit der Bitte, uns den **Gesamtbetrag innerhalb einer Woche** unter Verwendung beiliegender Zahlkarte zu überweisen.

Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Zahlung, dann gilt diese Mitteilung als Mahnung im Sinne des § 7 der Verordnung betreffend das Verwaltungszwangsverfahren vom 15. 11. 1899.

Hochachtungsvoll

Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin
(Vollstreckungsbehörde)