

Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin SO 16, Köpenicker Str. 80-82

Zahlungsaufforderung für Beitragsmonat ²⁵

Juni

Berlin, den 12 Juli.32 R

Herrn — Frau — Firma

Konto-Nr. 16493/25

Monumenta Germ. Historica
 Inh. Geh. Rat Dr. Kehr u.
 Dr. Santifaller 5

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

Berlin N.W.7

Bitte die Rückseite ebenfalls zu beachten.

Charlottenstr. 41

Postscheck-Konto Nr. 14823

Name	Stufe Klasse	Kassenbeitrag	Arbeitslosenbeitrag	Gebühren Porto	Bemerkungen
Glaser	6	10 80	11 70		
Mei	1	2 16	2 34		
Konto Nr. 16493		12 96	14 04		Gesamtbetrag RM Pf. 27 00

27. 23.70
R. 3.35

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)