

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Evonik Industries AG
Bereich Altersversorgung
45764 Marl

Bescheinigung zum Weiterbezug der betrieblichen Versorgungsleistung

Vor- und Nachname: _____

Personalnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Ort, Datum

**Eigenhändige Unterschrift des
Versorgungsempfängers**

Bestätigung

Die unterzeichnende Stelle bestätigt, dass die obige Bescheinigung von dem Versorgungsberechtigten heute persönlich unterzeichnet wurde.

Ort, Datum

Dienstsiegel, Unterschrift