

**Informationsbestätigung**

**§ 10 „Informationspflichten“ des Tarifvertrages zur betrieblichen Altersversorgung für Mitarbeiter und Auszubildende zur pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten in Apotheken:**

Der Apothekeninhaber informiert den Mitarbeiter über die Grundzüge der nach § 7 vereinbarten betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung und Altersvorsorgebeitrag. Der Apothekeninhaber hat dafür Sorge zu tragen, dass Informationen der Versicherung, insbesondere Auskünfte über die gezahlten Beiträge, den Stand der Anwartschaft sowie die zu erwartenden Leistungen dem Mitarbeiter unverzüglich zugeleitet werden.

Hiermit bestätige ich:

..... als Arbeitnehmer, dass ich von  
(Name Arbeitnehmer)

.....  
(Name Arbeitgeber)

als Arbeitgeber über den Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung für Mitarbeiter in Apotheken und Auszubildende zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten informiert wurde.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Arbeitnehmer

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Arbeitgeber