

An

Zentrale Bezügestelle  
des Landes Brandenburg  
Lipezker Str. 45, Haus 1  
03048 Cottbus

---

Name, Vorname:	Personalnummer:	Sachb.-Nr.	Dienststellen-Nr.
----------------	-----------------	------------	-------------------

### Mitteilung über Änderung der Krankenkasse

Änderung gilt ab:

Neue Krankenkasse:

#### Datenschutzhinweis:

Die mit diesem Fragebogen zu erhebenden personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), insbesondere des § 26 BbgDSG verarbeitet. Ihre Angaben sind erforderlich, um Ihre Bezüge in richtiger Höhe berechnen und zahlen zu können.

Beachten Sie bitte auch die Informationen zu den datenschutzrechtlichen Vorgaben der Artikel 13 und 14 der DSGVO auf der Internetseite der Zentralen Bezügestelle des Landes Brandenburg unter [zbb.brandenburg.de](http://zbb.brandenburg.de) in der Rubrik Service/Erklärung zum Datenschutz.

---

Datum/Unterschrift