

Erklärung zum Bezug eines Job-Tickets der INVG für die Nutzung von Bus und Bahn



- Klinikum Ingolstadt AuP GmbH Krankenhauszweckverband
 DLGM MVZ Sonstige _____

Name _____ Vorname _____

Pers.Nr. _____

Ich möchte folgendes Job-Ticket für die unten angegebenen Zonen ab 01. _____ 2016

verbindlich nutzen.

	von	bis	über	Anzahl Zonen
<input type="checkbox"/> Job-Ticket (nur Bus) 1 Jahr	Tarifzone			
<input type="checkbox"/> Job-Ticket (nur Bus) 1/2 Jahr	Tarifzone			
<input type="checkbox"/> Job-Ticket Premium (Bus und Bahn) 1 Jahr	Tarifzone			

Der Erwerb eines Job-Tickets kann jeweils nur zum Monatsersten erfolgen. Teilmonatsberechnungen und Rückvergütungen sind ausgeschlossen. Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses endet das Job-Ticket mit Ablauf des Beendigungsmonats.

Jeder Mitarbeiter kann, sofern ein Job-Ticket gewählt wurde, mit dem Mitarbeiterausweis in Verbindung mit einer monatlich zu lösenden Fahrberechtigung den Bus bzw. Bahn entsprechend der Tarifbestimmung der INVG nutzen; im Übrigen gelten die Beförderungsrichtlinien der INVG in der jeweils gültigen Fassung.

Mit Beantragung des Job-Tickets verpflichtet sich der Mitarbeiter, den festgelegten Betrag monatlich, für den jeweiligen Gültigkeitszeitraum des gewählten Job-Tickets, im Wege des Entgeltabzugsverfahrens zu zahlen. Ein Abzug des monatlichen Betrages erfolgt auch, wenn keine gesonderte Fahrberechtigung gelöst wird bzw. für Monate in denen kein Anspruch auf Entgeltzahlung aufgrund von unbezahlten Fehlzeiten (z. B. Monate ohne Entgeltfortzahlung, Elternzeit, Sonderurlaub etc.) besteht.

Der Abzug des monatlich zu zahlenden Job-Ticket-Betrages erfolgt grundsätzlich per Einzug vom monatlichen Entgelt im Rahmen des Entgeltabzugsverfahrens und/oder bei Einstellung der Lohnzahlung per Lastschrift vom jeweiligen Bankkonto des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin, auf das der Arbeitgeber die Entgeltzahlungen überweist. Die Abbuchung erfolgt per Sepa-Lastschrift unter der Gläubiger-Identifikationsnummer DE581KI00000225420.

Der Mitarbeiter ist verpflichtet, jede Änderung unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Mit der monatlichen Verrechnung mit meinem Entgelt bzw. mit dem Lastschritfeinzug des jeweils gültigen Preises bin ich einverstanden.

FO.XXXX.01.16.V1

Datum

Unterschrift

KLINIKUM INGOLSTADT GmbH
Krumenauerstraße 25 • 85049 Ingolstadt
Tel.: (08 41) 8 80-0 • Fax: (08 41) 8 80-10 80
E-Mail: info@klinikum-ingolstadt.de
Internet: www.klinikum-ingolstadt.de

Sparkasse Ingolstadt
BLZ 721 500 00 • Konto: 150 060
IBAN: DE 24 7215 0000 0000 1500 60
BIC: BYLADEM11NG
Amtsgericht Ingolstadt • HRB 3593

Geschäftsführer: Heribert Fastenmeier
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Christian Lösel
Mitglied im CLINOTEL-Krankenhausverbund