

**■ Organisatorische Zuordnung**

Firmenname

---

---

Inhaber

---

Geschäftsführer

---

**■ Firmenanschrift**

PLZ / Ort

---

Straße / Hausnummer

---

Bundesland

---

Telefon

---

Fax

---

Email

---

Internet

---

**■ Bankverbindung**

Name und Sitz der Bank

---

IBAN

---

BIC

---

**■ Steuern**

Finanzamt

---

Steuernummer

---

Zeitraum Lohnsteueranmeldung

 monatlich quartalsweise jährlich

Zahlungsart an Finanzamt

 Überweisung Lastschrift**■ Sozialversicherung**

Betriebsnummer

---

Zahlungsart an Krankenkassen

 Überweisung Lastschrift

**■ Berufsgenossenschaft**

Zuständige Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_

Betriebsnummer der BG \_\_\_\_\_

BG-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Gefahrentarifstelle (GTS) \_\_\_\_\_

Ihre PIN \_\_\_\_\_

**■ Sozialkassen**

(nur Baubetriebe)

Zuständige Sozialkasse \_\_\_\_\_

Betriebsnummer (Mitgliedsnr.) \_\_\_\_\_

Zahlungsart an Sozialkasse  Überweisung  LastschriftSpitzenausgleich  ja  nein**■ Zusatzversorgungskassen**

(nur öffentlicher Dienst)

Zuständige ZVK \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Zahlungsart  Überweisung  Lastschrift