

Angaben des Betriebes

Mand.- Nr. _____

vom Lohnservice ausgefüllt

Abrechnungstermin _____

Firmenname _____

wirtschaftl. Schwerpunkt _____

Inhaber / GF _____ Geb.-datum Inhaber / GF _____

Straße _____

PLZ / Ort _____ IBAN: _____

Kontaktperson _____ Betriebsnr. (Arb.-amt) _____

E-mail _____ Finanzamt _____

Telefon _____ Steuernr. _____

Telefax _____ Lohnst.anmeldg. mon. vierteljähr. jährlich

Mobil _____ Lohnsteuerjahresausgleich nein / ja

Sitz in den neuen Bundesländern? nein / ja Abrechn. n. Kostenstellen nein / ja

Abrechnung nach Korrespondenz Krankenkassen nein / ja

Arbeitstagen _____ Arbeitszeit bei Vollbeschäftigung (Std./Woche) _____

Kalendertagen _____

30 SV-Tg u. Fehltag abziehen **Regelung bei Erkrankung d. Kindes**

30 SV-Tg u. Anwesenheitstage bezahlen Lohnfortzahlung ausgeschlossen nein / ja
laut Tarifvertr./ Arbeitsvertr./ Betriebsvereinbarung

Berufs- _____

genossensch. _____ Mitgl.-Nr. _____

Kunde ab _____ Gefahr.schl. _____

Bei Wechsel d. Lohnbüros mitten im Jahr anteilige BG-Meldg. im Kalenderjahr nein / ja

Lohnsteuerbescheinigung für Teilzeitraum erstellt nein / ja

Anmeldung zum _____ SV- Abmeldung Systemwechsel nein / ja

Kopie Gewerbeanmeldung, Vereins-, Handelsregisterauszug o. Personalausweis anbei.

Umlagesätze U1 ermäßigt / allgemein / erhöht **Steuerbüro/Buchhaltung** _____

Bei Befreiung bitte den schriftlichen Nachweis einreichen **Kontaktdaten** _____

Bei Zahlung der Umlage1 bitte für jeden Ausfalltag, aus

Krankheit entstanden, den Krankenschein einreichen. Wir erstellen den Erstattungsantrag für Sie! **FIBU (SKR Kontenr.)** _____



www.lohnservice.de Tel. 030 420 17 310, Fax - 311