

**BKK vor Ort
Zentraler Posteingang
45064 Essen**

Fax: 0234-479 1999

Firmenname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Betriebsnummer: _____

Rechtsform Ihrer Firma: _____

Name und Anschrift des Geschäftsführers / Inhabers: _____

Betriebsnummer die Sie auf Beitragsnachweisen /
Zahlungen angeben: _____

Betriebsnummer(n) bei Meldungen, ggf. Liste aller
Betriebsstättennummern auf einer separaten Anlage: _____

Name, Vorname, Geburtsdatum des Arbeitnehmers, für
den Sie Beiträge an uns abführen _____

Rechtskreis

West

Ost

Ansprechpartner für Lohn und Gehalt / Telefonnummer: _____

Ggf. Ansprechpartner Steuerbüro / Telefonnummer: _____

Wir sind ein Ausbildungsbetrieb und bilden aus:

Ja

Nein

Anzahl der Arbeitnehmer insgesamt: _____

Es besteht Beitragspflicht zur Insolvenzgeldumlage:

Ja

Nein

Es besteht Umlagepflicht am Ausgleichsverfahren U1:

Ja

Nein

Wenn Ja, für die Erstattung der Entgeltfortzahlung (U1)
wählen wir den Erstattungssatz von:

40 %

60 %

80 %

Beitragszahlung bei freiwilligen Mitgliedern:

durch den Arbeitgeber

durch das Mitglied

Bitte geben Sie für Erstattung unbedingt Ihre Bankverbindung an (gilt nicht als Einzugsermächtigung)

Name des Kreditinstitutes: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Datum, Ort

Firmenstempel, Unterschrift

00001320017115180

00001320017115180