



Mandantenstamblatt

Seite 1/2

Name der Firma:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.: Fax:

E-Mail:

Betriebsnummer:

Hausbank:

IBAN : BIC:

Steuernummer:

Steuer-ID:

Finanzamt:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Zahlungsmodus: Monatszahler / Quartalszahler / Jahreszahler (unzutreffendes streichen)

Berufsgenossenschaft:

Betriebsnummer der BG:

Unternehmensnummer:

Sozialversicherung / Krankenkassen:

Teilnahme Umlageverfahren 1: ja / nein (unzutreffendes streichen)

Umlagesatz U1 je Krankenkasse: KK Umlagesatz:
KK Umlagesatz:
KK Umlagesatz:

Zahlungsmodus: Bankeinzug / Überweisung / SEPA - Datei (unzutreffendes streichen)

Kürzung Gehalt: Arbeitstage / Dreißigstel / Kalendertage
(unzutreffendes streichen)

Bezahlte Freistellung Kind krank - ausgeschlossen durch (unzutreffendes streichen)

- nicht ausgeschlossen
- Tarifvertrag
- Betriebsvereinbarung
- Arbeitsvertrag

Notizen / Anmerkungen:

Zustellung der Lohnunterlagen:

per Post

per Mail Bitte ein Kennwort festlegen _____

Auszahlungszeitpunkt:

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.
Eine Änderung der vorstehenden Daten teile ich unverzüglich
und unaufgefordert mit.

Firmenstempel, Datum, Unterschrift