

Betriebsnummer



Betriebsnummer unter der das Geld überwiesen wird (Hauptbetrieb)

Betriebsnummer unter der der Beschäftigte angemeldet wird

Betriebsnummer des Beitragsnachweises

Angaben zum Betrieb

Firma

Rechtsform der Firma

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Telefax

Wenn Firma juristische Person ist, dann Geschäftsführer bzw. Vorstand

Ansprechpartner*



Ansprechpartner im Betrieb

Telefon-Durchwahl

Telefax-Durchwahl

Erreichbarkeit

E-Mail Adresse

Beitragsberechnung durch ein Steuer-/Lohnbüro

Name Steuer-/Lohnbüro

Anschrift

Telefon

Telefax

Angaben zum Beschäftigten



Name des Beschäftigten für den Beiträge abgerechnet werden

Beschäftigungsbeginn, bzw. Beginn der Mitgliedschaft bei unserer BKK

Beschäftigungsort

West

Ost

Zahlweg

Scheck/Überweisung

Lastschriftverfahren

(wenn Lastschriftverfahren erwünscht, dann bitte anliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Zu Punkt: Angaben zum Beschäftigten

Besteht Umlagepflicht zu U1?

ja

nein

Wenn ja, dann Erstattungssatz**

allgemein (60 %)

erhöht (80 %)

vermindert (50 %)

** verbindlich ist nur die Wahl gegenüber der BKK Arbeitgebersicherung beim BKK Landesverband Mitte

Datenschutzhinweis: Die Daten benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI). Der mit * gekennzeichnete Bereich sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-wf.de/datenschutz.

Unterschrift



Ort/Datum



Unterschrift