

Mandant (vom Dienstleister auszufüllen)

## Firmenstammblatt

1. Betriebsstätte		
1.1. Betriebsbezeichnung (der Betriebsstätte)	1.2. Straße, Zusatzadresse (der Betriebsstätte)	1.3. Hausnummer (der Betriebsstätte)
1.4. Postleitzahl (der Betriebsstätte)	1.5. Ort (der Betriebsstätte)	1.6. Bundesland / Land (der Betriebsstätte)
1.7. Rechtsform (der Betriebsstätte)	1.8. Unternehmensgegenstand/-branche	1.9. Gewerbsmäßige Arbeitnehmerüberlassung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
1.1. Bei nicht eingetragene Einzelunternehmen (bitte den Inhaber angeben)		
1.1.1. Name, Vorname (des Inhabers)	1.1.2. Straße, Zusatzadresse (des Inhabers)	1.1.3. Hausnummer (des Inhabers)
1.1.4. Telefonnummer (des Inhabers)	1.1.5. Mobiltelefon (des Inhabers)	1.1.6. E-Mail (des Inhabers)
1.1.7. Telefax (des Inhabers)		
2. Kontaktperson		
2.1. Familienname	2.2. Vorname	2.3. Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers
2.4. Telefonnummer	2.5. E-Mail	2.6. Mobiltelefon
3. Übernahme		
3.1. Datum der Übernahme	3.2. Grund der Übernahme <input type="radio"/> erstmalige Beschäftigung/Neugründung <input type="radio"/> Dienstleisterwechsel bzw. Systemwechsel	
4. Sozialversicherung		
4.1. Betriebsnummer vorhanden <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (ist beantragt) <input type="radio"/> Nein (muss beantragt werden)	4.2. Sofortmeldepflicht <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn Ja, bitte um Angaben des zuständigen <input type="radio"/> Hanselohn   BPS <input type="radio"/> Arbeitgeber	4.3. Betriebsnummer (falls vorhanden)
4.4. Zahlstellennummer (falls Bet.rentner vorhanden)	4.5. Rechtskreis <input type="radio"/> West <input type="radio"/> Ost	4.6. Beitragsnachweise Senden <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4.7. Umlage 1-Pflicht <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	4.8. Umlage 2-Pflicht <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	4.9. Zahlungsabwicklung (Krankenversicherung) <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Abbuchung (Lastschriftmandat)
5. Steuernummer		
5.1. Steuernummer	5.2. Bremer Kammer (optional bei Abführungspflicht)	5.3. Finanzamtnummer (falls vorhanden)
5.4. Lohnsteueranmeldung senden <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	5.5. Lohnsteueranmeldung Anmelderhythmus <input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> Quartalsweise <input type="radio"/> halbjährlich <input type="radio"/> jährlich	5.6. Zahlungsabwicklung (Steuer) <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Abbuchung (Lastschriftmandat)
6. Rechnung		
6.1. Rechnungsempfänger/-in/-adresse	6.2. Kontaktdaten (E-Mail für Rechnungsempfang)	
7. Unfallversicherung		
7.1. Unfallversicherungsträger	7.2. Standard-Gefahrentarifstelle	
7.3. Mitgliedsnummer	7.4. PIN	
8. Bankverbindung I		
8.1. Kontoinhaber (falls abweichend )	8.2. Name Der Bank	8.3. BIC
8.4. IBAN	8.5. Überweisung/Erstattung von <input type="radio"/> Gehälter <input type="radio"/> Lohnsteuer <input type="radio"/> SV-Beiträge <input type="radio"/> Erstattungsanträge	

9. Bankverbindung II (optional)					
9.1. Kontoinhaber (falls abweichend )		9.2. Name Der Bank		9.3. BIC	
9.4. IBAN			9.5. Überweisung/Erstattung von <input type="radio"/> Gehälter <input type="radio"/> Lohnsteuer <input type="radio"/> SV-Beiträge <input type="radio"/> Erstattungsanträge		
10. Arbeitsstunden					
10.1. Montag	10.2. Dienstag	10.3. Mittwoch	10.4. Donnerstag	10.5. Freitag	10.6. Samstag
10.7. Sonntag		10.8. Wochenstunden		10.9. Monatsstunden	
11. Individuelle Krankenkassenumlagesätze (nur falls vereinbart)					
11.1. Krankenkasse Umlagesatz		11.2. Krankenkasse Umlagesatz		11.3. Krankenkasse Umlagesatz	
12. Finanzbuchführung					
12.1. Kostenstellenverwendung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		12.2. FIBU-Kontenrahmen <input type="radio"/> SKR 003 <input type="radio"/> SKR 004 <input type="radio"/> individuell (bitte separat aufgeben)		12.3. FIBU-Export <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn Ja, bitte um Angabe der FIBU-Software	
13. Erklärung					
<input type="radio"/> Ich versichere, dass die getätigten Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind					
_____			_____		
Ort, Datum			Unterschrift Arbeitgeber		

Anlage:

Vollmacht