Firma: Beschäftigter:

Unternehmer-Agenda:

Antwort-Fax (0611) 186 86 -9763

Zurück an: BKK IHV
Postfach 12 01 53
65079 Wiesbaden

1. Allgemeine Angaben zum Unternehmen: **Betriebsnummer:**

   Name:
   Straße:
   PLZ, Ort: Telefon: Fax:

2. Ihr Ansprechpartner im Personalbüro:

   Name: Telefon: EMail:

3. Abrechnende Stelle/Steuerberater? ( ) Nein ( ) Ja, bei

   Name: Telefon: Fax:
   Adresse: Betriebsnummer:

4. Haben Sie bereits ein Betragskonto bei uns? ( ) Nein ( ) Ja Betriebs-nummer:

5. Wie viele Beschäftigte hat Ihr Unternehmen insgesamt?
   ___ Arbeitnehmer ___ Auszubildende ___ geringf. Beschäftigte

6. Beabsichtigen Sie die Einstellung von weiteren Beschäftigten? ( ) Nein ( ) Ja, ab

7. Beabsichtigen Sie die Einstellung von Auszubildenden: ( ) Nein ( ) Ja, ab

8. Führt Ihr Unternehmen für freiwillig Versicherte die Beiträ-ge ab? ( ) Nein ( ) Ja

9. Rechtsform der Firma: _____

10. Wer fungiert in Ihrem Unternehmen als Gesellschafter:
    Name: Anschrift:

11. Wer ist in Ihrem Unternehmer als Geschäftsführer tätig?
    Name: Anschrift:

12. Zahlweg
    ( ) Scheck/Überweisung ( ) Lastschriftverfahren

13. Bankverbindung
    Konto-Nr: BLZ: Institut:

14. Sonstiges:
    Bitte senden Sie uns folgende Informationen bzw. Unterlagen:

Datum: Stempel, Unterschrift