

Haupt-Betriebsnummer (vergeben von der Arbeitsagentur)																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;">Firmenname</td></tr> <tr><td style="height: 20px;">Rechtsform der Firma</td></tr> <tr><td style="height: 20px;">ggf. Geschäftsführer/Gesellschafter</td></tr> <tr><td style="height: 20px;">Straße</td></tr> <tr><td style="height: 20px;">PLZ und Ort</td></tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">Telefon</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">Telefax</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">Ansprechpartner</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">Durchwahl</td> </tr> <tr><td style="height: 20px;">E-Mail</td></tr> </table>	Firmenname	Rechtsform der Firma	ggf. Geschäftsführer/Gesellschafter	Straße	PLZ und Ort	Telefon	Telefax	Ansprechpartner	Durchwahl	E-Mail	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Anzahl der Beitragsnachweise pro Monat</td> <td style="width: 30%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>Anzahl Versicherte bei der CITY BKK</td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz oder UVMG</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">U1</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">U2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Insolvenzgeldumlage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0; margin: 0;">Nur bei Abrechnung über Steuerberater ausfüllen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">Betriebsnummer des Steuerberaters</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr><td colspan="8">Firmenname</td></tr> <tr><td colspan="8">Straße</td></tr> <tr><td colspan="8">PLZ und Ort</td></tr> <tr> <td colspan="4">Telefon</td> <td colspan="4">Telefax</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Ansprechpartner</td> <td colspan="4">Durchwahl</td> </tr> </table>	Anzahl der Beitragsnachweise pro Monat		Anzahl Versicherte bei der CITY BKK		Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz oder UVMG			U1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	U2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Insolvenzgeldumlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betriebsnummer des Steuerberaters																Firmenname								Straße								PLZ und Ort								Telefon				Telefax				Ansprechpartner				Durchwahl			
Firmenname																																																																																			
Rechtsform der Firma																																																																																			
ggf. Geschäftsführer/Gesellschafter																																																																																			
Straße																																																																																			
PLZ und Ort																																																																																			
Telefon	Telefax																																																																																		
Ansprechpartner	Durchwahl																																																																																		
E-Mail																																																																																			
Anzahl der Beitragsnachweise pro Monat																																																																																			
Anzahl Versicherte bei der CITY BKK																																																																																			
Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz oder UVMG																																																																																			
U1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																																	
U2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																																	
Insolvenzgeldumlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																																	
Betriebsnummer des Steuerberaters																																																																																			
Firmenname																																																																																			
Straße																																																																																			
PLZ und Ort																																																																																			
Telefon				Telefax																																																																															
Ansprechpartner				Durchwahl																																																																															
<p>Nur ausfüllen, wenn die Beitragsabrechnung unter o. g. Hauptbetriebsnummer für mehrere Betriebsteile erfolgt</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">Betriebsnummer des Betriebsteils</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">Betriebsnummer des Betriebsteils</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">Betriebsnummer des Betriebsteils</td> </tr> </table>									Betriebsnummer des Betriebsteils																Betriebsnummer des Betriebsteils																Betriebsnummer des Betriebsteils																																										
Betriebsnummer des Betriebsteils																																																																																			
Betriebsnummer des Betriebsteils																																																																																			
Betriebsnummer des Betriebsteils																																																																																			

Angaben zur Anmeldung des Arbeitnehmers:

 Name, Vorname Rentenversicherungsnummer/Geb. Datum Anmeldung zum

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir *) die CITY BKK widerruflich, den jeweils fällig werdenden

Gesamtsozialversicherungsbeitrag

von meinem/ unserem*) Girokonto

Kontoinhaber:																													
Kontonummer:																			Bankleitzahl:										
Name des kontoführenden Kreditinstituts:																													

einziehen.

Wenn mein/ unser*) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Konto führenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Kontoinhabers/
 der Kontoinhaber*)

 *)nicht zutreffendes bitte streichen