

<b>Allgemeine Angaben</b>		
<b>Firmenbezeichnung</b>	<b>Betriebsnummer</b>	<b>Hauptbetriebsnummer</b>
_____	_____	_____
<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>PLZ, Ort</b>	<b>(Bitte nur angeben, wenn über diese Nummer die Beitragsabrechnung zentral erfolgt)</b>
_____	_____	_____
Telefonnummer* _____/_____/_____	Faxnummer* _____/_____/_____	E-Mail* _____
<b>Angaben zum Unternehmen</b>		
<b>Rechtsform</b> des Unternehmens (z.B. Einzelfirma, GbR, OHG, KG, GmbH) _____		
<b>Branchenzugehörigkeit*</b> _____		
Eingetragen im Handelsregister beim <b>Amtsgericht*</b> _____		
<b>Handelsregisternummer*</b> _____		
Name und Anschrift des / der <b>Inhaber/ Geschäftsführer</b> _____		
<b>Innungsmitgliedschaft</b> liegt vor oder ist beantragt* <input type="checkbox"/> ja, ggf. welche Innung _____ <input type="checkbox"/> nein		
<b>Wir haben ab</b> _____ <b>Herrn / Frau</b> _____		
geboren am _____ bei uns beschäftigt.		
<b>Anzahl der Arbeitnehmer</b> insgesamt _____ davon IKK _____		
(inkl. Mitglieder anderer Kassen ohne Auszubildende)		
<b>Umlagepflicht U1</b> (Allgemeiner Erstattungssatz 70 %) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Wahlmöglichkeit</b>		
Diese Wahl ist für das gesamte Kalenderjahr verbindlich. Eine neue Wahl des Erstattungssatzes ist immer nur zum Jahres-beginn möglich. In diesem Fall muss uns dann Ihre Wahl-erklärung spätestens am 15.01. vorliegen.		
<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60 %		
<b>Bankverbindung</b> z.B. für Entgeltfortzahlungserstattungen/Rückzahlungen*		
IBAN _____		
BIC _____ Name des Geldinstituts _____		
_____		
<b>Lohnbuchhaltung*</b>		
Name, Anschrift _____		
Telefonnummer _____ Betriebsnummer der Abrechnungsstelle _____		
_____/_____/_____		
<b>Newsletter</b>		
Sofern eine E-Mail-Adresse angegeben ist: Ich bin damit einverstanden, dass mir die IKK BB den Newsletter per E-Mail übermittelt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Die IKK BB übernimmt für Sie die elektronische Registrierung. Sie erhalten dann eine E-Mail mit einem Bestätigungslink. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Datenschutzhinweis</b>		
Für die Erfüllung unserer Aufgaben ist Ihr Mitwirken nach § 28a SGB IV und §§ 1-3 AAG erforderlich. Ihre mitgeteilten Daten werden erfasst, elektronisch gespeichert und ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.		
Datum _____ Unterschrift _____		
_____/_____/_____		