

Kontoeröffnungsblatt für Arbeitgeber

Firmenname und Anschrift

| | |
|--|--|
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Branche | Rechtsform |
| <input type="text"/> | |
| Ansprechpartner und Funktion im Betrieb | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer tagsüber <i>(bei evtl. Rückfragen)</i> | Telefax |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-Mail-Adresse <i>(freiwillige Angabe)</i> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Betriebsnummer | Wenn die Beitragsabführung unter einer anderen Betriebsnummer erfolgt, bitten wir Sie diese mit anzugeben. |

Ja, ich möchte den kostenfreien, monatlichen E-Mail-Newsletter für Arbeitgeber erhalten. Diesen kann ich jederzeit abbestellen.

Steuerberater

| | |
|---|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Steuerberater <i>(sofern die Abrechnung über einen Steuerberater erfolgt)</i> | Bezeichnung des Steuerberaters |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ansprechpartner im Steuerbüro | E-Mail-Adresse <i>(freiwillige Angabe)</i> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer tagsüber <i>(bei evtl. Rückfragen)</i> | Telefax |

Beschäftigte / r

| | |
|----------------------|---------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name | Versicherungsbeginn des Beschäftigten |

SEPA Lastschriftverfahren

Salus BKK Gläubiger-ID: DE62ZZZ0000053464

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IBAN | BIC |
| <input type="text"/> | |
| Kontoinhaber | |

Hiermit ermächtige ich die Salus BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Salus BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Ort, Datum

 Unterschrift des Kontoinhabers/Bevollmächtigten

Firmenstempel

Senden Sie diesen Vordruck einfach an folgende Stelle:

Salus BKK, Arbeitgeberservice, Barfußgäßchen 15, 04109 Leipzig oder per Fax an 0341 45337-587.