

Dr. Christoph Möllers
Steuerberater

Schloßstr. 19 * 50321 Brühl

Telefon: 02232-47493 u. 45500 Fax: 02232-941298

Mobil: 0171-2176444 E-Mail: info@drmoellers.de Internet: www.drmoellers.de

Stand 29.06.04

Name Arbeitgeber:

Einrichten von Lohnkonten

- | | |
|--|--|
| 1. Gehalt | Datenübermittlung Datev RZ,
am 22. des Monats, oder
bar, Scheck |
| 2. Krankenkassenbeitragszahlungen | Einzug, Überweisung |
| 3. LSt-Zahlung | Einzug, Überweisung |
| 4. LSt-Anmeldungszeitraum | Monat, Quartal, Jahr |
| 5. Bankverbindung Arbeitgeber | Kontonummer:
BLZ:
Kreditinstitut: |
| 6. Aushilfskräfte | ja/nein |
| 7. Tarifvertragliche Bindung | ja/nein |
| 8. Betriebsnummer (vom Arbeitsamt vergeben): | Sie / wir (K075) |
| 9. DÜFO-Erklärung | wir |
| 10. Berufsgenossenschaft | StB Vollmacht erteilen |
| 11. Änderungen in Personalangelegenheiten teile ich bis zum 5. des laufenden Monats mit. | |
| 12. Die Lohninformationen habe ich erhalten (M100). | |

Brühl, den

Unterschrift Mandant

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu
entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Girokontos Nr.

_____ bei _____,
(Konto Nr.) (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

_____ durch Lastschrift einzuziehen.
(BLZ)

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens
des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Name, Vorname

genaue Anschrift

Betriebsnummer

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu
entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Girokontos Nr.

_____ bei _____,
(Konto Nr.) (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

_____ durch Lastschrift einzuziehen.
(BLZ)

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens
des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Name, Vorname

genaue Anschrift

Betriebsnummer

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu
entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Girokontos Nr.

_____ bei _____,
(Konto Nr.) (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

_____ durch Lastschrift einzuziehen.
(BLZ)

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens
des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Name, Vorname

genaue Anschrift

Betriebsnummer

Berufsgenossenschaft

-

Vertretungs- und Zustellungsvollmacht

Hiermit erteile ich:

Name: _____

Anschrift: _____

Kundenr.: _____

Herrn StB Dr. Christoph Möllers, Schloßstr. 19 in 50321 Brühl, Telefon 02232-47493, Fax 02232-941298, Vertretungs- und Zustellungsvollmacht.

Diese Vollmacht ist gültig bis auf Widerruf.

Brühl, den

(Unterschrift)