

Per Post an:

oder per Fax an 05724 971-4250

BKK24
Arbeitgeberservice
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen

Fragebogen

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es an uns zurück!

Firmendaten	
Ihre Betriebsnummer	Beginn des Beitragskontos
genau Firmenbezeichnung	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ansprechpartner/in	
Telefon	Telefax
E-Mail	

Filialbetrieb <small>(falls Beitragsnachweise, Meldungen und Zuzahlungen mit einer abweichenden Betriebsnummer übermittelt werden)</small>
Betriebsnummer des Hauptbetriebes
Betriebsnummer für Meldungen
Betriebsnummer für Zahlungen
<input type="checkbox"/> Weitere Betriebsstätten siehe gesonderte Aufstellung

Angaben zum Firmeninhaber bzw. Geschäftsführer	
Vollständiger Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

Steuerberater	
Name	
Telefonnummer	

Arbeitnehmer	
Name des Versicherten	
Rentenversicherungs-Nr. <small>(falls nicht bekannt, bitte Geburtsdatum eintragen)</small>	
<input type="checkbox"/> Weitere Beschäftigte, die bei unserer Kasse versichert sind, siehe gesonderte Aufstellung	

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	
<small>Diese Daten werden von uns benötigt, damit wir unsere gesetzlichen Aufgaben erfüllen und Ihnen einen guten Service bieten können. Eine vertrauliche Behandlung ist für uns selbstverständlich.</small>	