

## Lohnbuchhaltung – Arbeitgeberstammblatt

Mandant/Arbeitgeber	Steuerberatungskanzlei/Dienstleister
Mandanten-Nr.	Lohnberater-Nr.
Ansprechpartner	Ansprechpartner
Falls abweichend: gesetzlicher Vertreter	Lohnsteuerliche Beratung ab
Betriebs-Nr.	Erster Monat der Lohnabrechnung

### Übernahme Vorberater

ja  nein

Kontaktdaten

### 1 Kontaktdaten des Mandanten

Telefonnummer	Mobil
E-Mail-Adresse	

Einverständniserklärung zum elektronischen Datenaustausch liegt vor

### 2 Bankverbindung

Bankbezeichnung	
IBAN	BIC
IBAN (andere)	BIC (andere)

### 3 Berufsgenossenschaft

Anzahl Arbeitnehmer	Branche
Berufsgenossenschaft/Unfallversicherung	Unternehmensnummer
Gefahrtarif/Strukturschlüssel	PIN für Berufsgenossenschaft

**4 Finanzamt**

Bundesland	Betriebsstätten-Finanzamt
Finanzamtsnummer	Steuernummer

Anmeldezeitraum Lohnsteuer:  monatlich  vierteljährlich  jährlich

**5 Bereitstellung/Versand der Unterlagen**

	<b>an Arbeitgeber</b>	<b>an Arbeitnehmer</b>
elektronisch	<input type="checkbox"/> über Pisa	<input type="checkbox"/> E-Mitarbeiter

**6 Zahlungsweise**

	RZ-Clearing	SEPA-xml-Zahlungsdatei	Online-Banking	Einzugs-ermächtigung	Bar
Lohn/Gehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Krankenkasse				<input type="checkbox"/>	
Finanzamt				<input type="checkbox"/>	
Sozialkasse				<input type="checkbox"/>	

**7 Zeiterfassung**

edtime  andere  keine

**8 Erklärung und Unterschrift Arbeitgeber**

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen vollständig nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass unterlassene oder falsche Angaben gegenüber den Sozialversicherungsträgern von den Behörden mit einer Geldbuße geahndet werden können.

Ort, Datum	Unterschrift des Arbeitgebers
------------	-------------------------------

**9 Lastschriftinzugsermächtigung Krankenkassen**

Soweit den am Lohnverfahren beteiligten Krankenkassen noch keine Einwilligung zur Teilnahme am Lastschriftverfahren vorliegt, beauftrage/n und bevollmächtige/n ich/wir hiermit die vorgenannte Steuerberatungskanzlei allen Krankenkassen meiner/unsere/r Arbeitnehmer die digitale Einwilligung zum SEPA-Basis-Lastschriftverfahren für den regelmäßig anfallenden Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu erteilen.

Zugleich werde/n ich/wir mein/unsere/r Kreditinstitut anweisen, die auf mein/unsere/r Firmen-Bankkonto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Beiträge an die Krankenkassen sollen von folgendem Konto eingezogen werden.

Betriebsnummer/n	
Bankbezeichnung	
IBAN	BIC

Der Lastschriftinzug durch die Krankenkassen soll erstmalig ab \_\_\_\_\_ erfolgen, jedoch ehestens mit Annahme der übermittelten Kontoverbindung durch die jeweilige Krankenkasse. Ein Widerruf des SEPA-Mandats bedarf der Schriftform gegenüber der jeweiligen Krankenkasse, deshalb

führt die Stornierung eines elektronisch übermittelten SEPA-Lastschriftmandats (DBSL) nicht zum Widerruf eines bereits erteilten SEPA-Mandats.

Hinweis:

Bei der Anwendung des SEPA-BASIS-Lastschriftverfahrens kann der/die Zahlungspflichtige innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit seinem/ihrer Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Gesamtsozialversicherungsbeiträge werden am drittletzten Bankarbeitstag des jeweiligen Monats fällig. Sofern der Krankenkasse der Beitragsnachweis nicht spätestens zwei Bankarbeitstage vor dem Fälligkeitstag vorliegt, erfolgt die Lastschrift in der vorläufig geschätzten Beitragshöhe.

**Einwilligung in die Datenspeicherung und -nutzung (§§ 67a, 67b, 98 SGB X, SEPA):**

Die Daten werden bei den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 BVV in Verbindung mit § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV zum Zwecke des Beitragseinzugs erhoben und verarbeitet.

Die Bevollmächtigung gilt bis auf weiteres, auch für künftig am Lohnverfahren beteiligte Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers