|  |
| --- |
|  |

1. **Name, Anschrift, Rechtsform im Heimatland**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1 | Name des Unternehmens |       |
|  |       |
| 1.2 | Straße, Hausnummer |       |
| PLZ, Ort |       |
| 1.3 | Rechtsform |       |
| Eintragung beim Registergericht |       |
|       |
|  |

1. **Eröffnung des Unternehmens im Heimatland**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1 | Das Gewerbe wurde im Heimatland angemeldet | am:       |
|  | zum:       |
| 2.2 | Das Unternehmen wurde eröffnet  | am:       |
| Arbeitnehmer/Aushilfen werden beschäftigt | seit:       |
| 2.3 | Die Arbeitnehmer sind sozialversichert bei(Träger/Name/Ort/Aktenzeichen) |       |
|       |
|  |  |  |

1. **Art des Unternehmens im Heimatland**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Folgende Tätigkeiten werden im Heimatland verrichtet | Anzahl der Arbeitnehmer | Monatliche Gesamtentgelte (brutto) |
| 3.1 |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 3.2 |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 3.3 |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 3.4 |       |       |       |
|  |  |  |  |

1. **Niederlassung/Betriebsstätte in Deutschland**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.1 | Bezeichnung der Niederlassung/Betriebsstätte |       |
| Straße, Hausnummer (in Deutschland) |       |
| PLZ, Ort (in Deutschland) |       |
| 4.2 | Telefon |       |
| 4.3 | Betriebsnummer beim Arbeitsamt |       |
| Eintragung in die Handwerksrolle (wo?) |       |
|  |  |  |
| 4.4 | Das Gewerbe ist in Deutschland angemeldet bei der Gewerbemeldestelle | in:       |
| am:       | zum:       |
| 4.5 | Beginn der Arbeiten in Deutschland | am:       |

1. **Bevollmächtigter in Deutschland**

Hat ein Unternehmen keinen Sitz (§130 SGB VII) im Inland, hat der Unternehmer einen Bevollmächtigten mit Sitz im Inland zu bestellen. Dieser hat die Pflichten des Unternehmers. Der Bevollmächtigte haftet nach § 150 SGB VII mit dem Unternehmer gesamtschuldnerisch.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name, Vorname | Geburtsdatum | Straße, Hausnummer, PLZ, Ort |
|  |       |       |       |
| Datum | Unterschrift des/der Bevollmächtigten |
|       |  |

1. **Arbeitnehmer in Deutschland**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.1 | Entsandte Arbeitnehmer, für die eine Bescheinigung über Versicherungsschutz im Heimatland vorliegt: | Anzahl:       |
|  |  |  |
| 6.2 | In Deutschland eingestellte oder versicherte Arbeitnehmer (Ortskräfte): | Anzahl:       |
|  |  |  |
| 6.3 | Die Ortskräfte 6.2 werden bei folgenderKrankenkasse versichert (Name, Ort): |       |
|  |  |  |

1. **Art des Unternehmens in Deutschland**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Folgende Tätigkeiten werden in Deutschland ausgeübt: | Zahl der durchschnittlich in Deutschland beschäftigten Arbeitnehmer | Durchschnittliche monatliche Brutto-Gesamtentgelte (EUR) |
|  |  |  |  |
| 7.1 |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 7.2 |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 7.3 |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 7.4 |       |       |       |
|  |  |  |  |

1. **Art der Arbeit der Ortskräfte in Deutschland**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Folgende Tätigkeiten werden durch Ortskräfte in Deutschland ausgeübt: | Zahl der durchschnittlich beschäftigten Ortskräfte | Durchschnittliche monatliche Brutto-Gesamtentgelte (EUR) |
|  |  |  |  |
| 8.1 |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 8.2 |       |       |       |
|  |  |  |  |

1. **Zugehörigkeit zu einer Berufsgenossenschaft in Deutschland**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9.1 | Bestand eine frühere Zugehörigkeit zuunserer Berufsgenossenschaft? | [ ]  Nein | [ ]  Ja, mit dem Aktenzeichen |
|  |  |  |  |
| 9.2 | Hat sich bereits eine andere Berufsgenossenschaft für zuständig erklärt? | [ ]  Nein | [ ]  Ja, die  |
|  |  |  |      Aktenzeichen:       |

Es wird versichert, dass die Angaben zur Beschreibung des Unternehmens richtig und vollständig sind.

Hinweise zur Datenerhebung:

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten ernst. Unter www.bghm.de, Webcode 3167, informieren wir Sie über

die Verwendung der Daten, die wir erheben. Auf Wunsch erhalten Sie die Information von uns übersandt.

|  |  |
| --- | --- |
| **Zurück an:****Berufsgenossenschaft Holz und Metall****Abteilung Mitglieder und Beitrag****Postfach 37 80****55027 Mainz** |  |
| **Für Rückfragen ist zuständig:** |
|  |
| Herr / Frau:       |
|  |
| Telefon:       |
|  |
| Telefax:       |
| E-Mail:             |
|  | (Datum) |  | (Stempel und Unterschrift) |  |