

## ANTRAG AUF ERWERB DER INNUNGSMITGLIEDSCHAFT

in der \_\_\_\_\_ Innung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Firmenbezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Handwerk: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Jubiläen

### Betriebsperson 1

### Betriebsperson 2

Geschäftsführer/Inhaber \_\_\_\_\_

Geburtsdaten: \_\_\_\_\_

Meister-/Ingenieurprüfung am: \_\_\_\_\_

Betriebseröffnung am: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Beitragsveranlagung

Beschäftigte:                      Arbeitnehmer: \_\_\_\_\_                      Auszubildende: \_\_\_\_\_

Bruttolohnsumme:                      \_\_\_\_\_                      Jahr: \_\_\_\_\_

Je nach der von der Innung beschlossenen Beitragsbemessungsgrundlage bin ich (sind wir) damit einverstanden, dass sich Die Innung von der zuständigen Berufsgenossenschaft, Handwerkskammer, Krankenkasse die Lohn- und Gehaltssumme, den Gewerbesteuermessbetrag, die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer angeben lässt. Ich (wir) entbinde(n) daher die zuständige Berufsgenossenschaft, Handwerkskammer, Krankenkasse insoweit von der Geheimhaltungspflicht.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Firmenstempel)

**Bitte Erklärung nach § 67b SGB X (nächste Seite) ebenfalls unterzeichnen!**

## **Datenerhebung nach § 67b Sozialgesetzbuch (SGB)**

Eine Offenbarung von personenbezogenen Daten oder Betriebs- oder Geschäftsgeheimnissen ist nur zulässig,

1. soweit der Betroffene im Einzelfalle eingewilligt hat, oder
2. soweit eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis nach §§ 67c - 77 SGB X vorliegt.

Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Wird die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt, ist der Betroffene hierauf schriftlich besonders hinzuweisen.

## **Einwilligung zur Datenabfrage**

Meine Einwilligung in die Bekanntgabe von Lohnsumme oder Gewerbesteuermessbetrag oder Zahl der Arbeitnehmer habe ich in Kenntnis des § 67b SGB X abgegeben.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift, Firmenstempel)