Bestätigung der Revisionsstelle an den
Berufsbildungsfonds Kanton Zürich

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ausgleichskasse |       | Nr.       |  |
| Ansprechperson |       |  |  |
| PLZ, Ort |       |  |  |
| Telefon-Nummer |       | Email-Adresse |       |

Bericht über das Beitragsinkasso für das Beitragsjahr

|  |  |
| --- | --- |
| AHV-pflichtige Lohnsumme bis 30. September       |       |
| Angewendeter Beitragssatz |       |
| Summe der bis 30. September       abgerechneten/fakturierten Beiträge |       |
| Summe der bis 30. September       eingenommenen Beiträge |       |
| Summe der für das Beitragsjahr       an BBF Zürich überwiesenen Beiträge |       |
| Anzahl beitragspflichtige Arbeitgeber |       |
| Anzahl befreite Arbeitgeber, Befreiungsgrund: SVA-Meldung |       |
| Anzahl befreite Arbeitgeber, Befreiungsgrund: Lohnsumme tiefer als CHF 250 000 |       |
| Summe der Ausstände (inkl. Vorjahre) |       |
| Summe der Abschreibungen und Forderungsverzichte |       |

Ort, Datum:       Ort, Datum:

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit Bestätigung für die Richtigkeit und
der Angaben: Vollständigkeit der Beitragserhe-
Ausgleichskasse: bung und des Inkassos::
 Revisionsgesellschaft:

Unterschrift: Unterschrift:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name:       Name:

**Zustellen an: Berufsbildungsfonds Kanton Zürich, Ausstellungsstrasse 80, Postfach, 8090 Zürich**