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**