

## Kontaktformular - Strukturhebung im Dienstleistungsbereich (SiD)

Für Ihre Kontaktaufnahme bitten wir Sie möglichst um die Verwendung dieses Kontaktformulars, das Ihnen rund-um-die-Uhr zur Verfügung steht. So können Sie Ihr Anliegen einfach und unbürokratisch übermitteln.

Der Sachverhalt wird geprüft und unsere Mitarbeiter setzen sich mit Ihnen zu gegebener Zeit in Verbindung.

### Ihr Anliegen

|  |               |                      |
|--|---------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Terminverlängerung                                    | Wunschtermin: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Unternehmen geschlossen/beendet/abgemeldet/liquidiert | Zeitpunkt:    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ruhend (nicht operativ), keine Umsätze                | seit:         | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Unternehmen befindet sich im Insolvenzverfahren       | Aktenzeichen: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Umfirmierung  | Zeitpunkt:    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Unternehmen ist verschmolzen                          | Zeitpunkt:    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe                                       |               |                      |

Nähere Beschreibung des Anliegens

### Kontaktdaten \* Pflichtfelder

|                 |                      |   |                      |
|-----------------|----------------------|---|----------------------|
| Identnummer*    | <input type="text"/> | Die Identnummer entnehmen Sie bitte den von uns übersandten Aufforderungsschreiben. |                      |
| Firmenname*     | <input type="text"/> |   |                      |
| Straße          | <input type="text"/> | Hausnummer  | <input type="text"/> |
| Postleitzahl    | <input type="text"/> | Ort   | <input type="text"/> |
| Ansprechpartner |                      |   |                      |
| Anrede          | <input type="text"/> | Titel   | <input type="text"/> |
| Name*           | <input type="text"/> | Vorname*  | <input type="text"/> |
| E-Mail*         | <input type="text"/> | Telefon   | <input type="text"/> |

Bitte speichern Sie das Dokument für Ihre Unterlagen ab.

Bitte senden Sie das Formular per Post an oben genannte Anschrift oder per Fax an 0385-588 56909 oder per E-Mail an