

ERSATZERKLÄRUNG BETREFFEND DIE ORDNUNGSGEMÄßE BEITRAGSLAGE (DURC)

(lt. Art. 46 des D.P.R. Nr. 445/2000)

Ich, Unterfertigte/r

geboren am

in

Steuernummer

☐

rechtliche/r Vertreter/in

☐

Inhaber/in

☐

Freiberufler/in

der Firma/des Betriebes

im Bewusstsein der strafrechtlichen Folgen bei Falscherklärungen im Sinne von Art. 76, D.P.R. Nr. 445/2000

ERKLÄRE

- dass ich meine Pflichten hinsichtlich der Bezahlung der Versicherungsbeiträge im Sinne der geltenden Bestimmungen (Art. 4, Abs. 14-bis D.L. 70/2011 abgeändert und umgewandelt mit Gesetz Nr. 106/2011, betreffend Lieferungen und Dienstleistung bis zu € 20.000,00) erfüllt habe;

- dass es keine laufenden Verfahren betreffend Pflichtbeiträge an die Fürsorgeinstitute anhängig sind.

Ich teile ferner folgende Daten mit

FIRMA/BETRIEB

1. Steuernummer*

MwSt.-Nummer*

2. Rechtssitz*

PLZ

Gemeinde

Straße/Platz Nr.

3. Geschäftssitz*

PLZ

Gemeinde

Straße/Platz Nr.

4. Betriebssitz (1) PLZ

Gemeinde

Straße/Platz Nr.

5. Anschrift*:

☐

Rechtssitz

☐

Geschäftssitz

E-Mail

PEC

Tel.

Fax

6. Nationaler Kollektivvertrag*:

☐

Bausektor

☐

sonstige:

nicht baugewerbliche Bereiche (bitte genau angeben)

7. Dauer des Auftrages (2) von

bis

8. Gesamtbetrag des Auftrages (ohne MwSt.)

9. Anzahl der Mitarbeiterinnen (2):

☐

Nr.

☐

keine Angestellte zu haben

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALTEN

1. INAIL – Eintragungsnummer*

zuständige Ortsstelle

2. NISF – Eintragungsnummer*

zuständige Ortsstelle

3. NISF - individuelle Beitragsposition des Inhabers/Gesellschafters bei Handwerksbetrieb*

zuständige Ortsstelle

4. sonstige Pflichtversicherungen

5. Bauarbeiterkasse - Eintragungsnummer(3)*

zuständige Ortsstelle

(*) Pflichtfelder

(1) Pflichtfeld nur für Handwerks- und Handelsbetriebe

(2) Pflichtfeld nur bei Vergabe von Dienstleistungsaufträgen

(3) Pflichtfeld nur für Firmen im Bausektor

Datum

Unterschrift des/der Erklärenden

Zur Beachtung: Diesem Formular ist eine Kopie des gültigen Personalausweises des Erklärenden beizulegen.