

Betriebsneuanlage

Erstmalige Registrierung eines **forstwirtschaftlichen** Betriebs bei der AgrarMarkt Austria

Dieses Formular ist in Papierform bei der BBK einzubringen.

Betrieb	
Beginn:	Grund: WALDFONDS
Betriebsnummer <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	BBK <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
_____ <small>Straße, Hausnummer/Stiege/Stock/Tür</small>	_____ <small>PLZ, Postort</small>

Bewirtschafter	
Bewirtschafter ist (Bitte Zutreffendes ankreuzen, nur eine Auswahl ist zulässig)	
<input type="checkbox"/> natürliche Person <input type="checkbox"/> Ehegemeinschaft <input type="checkbox"/> Juristische Person/Personengemeinschaft	
_____ <small>Zuname, Vorname, Titel bzw. Namensbezeichnung</small>	Geburtsdatum hier nur ausfüllen, wenn Bewirtschafter nat. Person ist <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <small>SVNR Geburtsdatum</small>
_____ <small>Gesellschaftsform (bitte unbedingt angeben bei juristischen Personen und PGs)</small>	_____ <small>Firmenbuchnr, Vereinsregisternr, ATU-Nr</small>
Gebietskörperschaftsanteil am Betrieb ist größer als 25 % <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Zustelladresse
_____ <small>Straße, Hausnummer/Stiege/Stock/Tür</small>
_____ <small>PLZ, Postort</small>

E-Mail/Telefon
_____ <small>(Mobil-)Telefon, Fax</small>
_____ <small>E-Mail</small>

Bankverbindung	
IBAN:	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
BIC:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>

Beteiligte Personen bei Ehegemeinschaften, juristischen Personen oder Personengemeinschaften	
Bitte führen Sie hier alle beteiligten Personen an:	
<small>Kreuzen Sie bei Personengemeinschaften/jur. Personen zusätzlich die vertretungsbefugte Person an. Sollten mehr als 4 Personen beteiligt sein, legen Sie bitte ein Zusatzblatt mit den fehlenden Daten bei.</small>	
Vertretungsbefugt	<small>SVNR Geburtsdatum</small>
<input type="checkbox"/> _____	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<small>Titel, Name, Adresse</small>	
<input type="checkbox"/> _____	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<small>Titel, Name, Adresse</small>	
<input type="checkbox"/> _____	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<small>Titel, Name, Adresse</small>	
<input type="checkbox"/> _____	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<small>Titel, Name, Adresse</small>	

_____ <small>Datum</small>	_____ <small>Unterschriften aller beteiligten Personen</small>
-------------------------------	--