

# Mandantenfragebogen

Name:

Nummer:



Dipl.-Betriebswirtin (FH) - Steuerberaterin  
Marktstraße 47, 83646 Bad Tölz  
Tel +49 (0) 8041-7940498  
Fax +49 (0) 8041-7964235  
E-Mail: kanzlei@stb-john.de

## Persönliche Angaben

Familienname (ggf. Geburtsname)	Vorname
Straße und Hausnummer (inkl. Anschriftenzusatz)	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort, -land.
Versicherungsnummer (gem. Sozialvers.Ausweis)	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja/Grad: <input type="checkbox"/> nein
Religion	
Steuernummer	Identifikationsnummer
Staatsangehörigkeit	Beruf
Telefon	Telefax
Mobil	E-Mail
eTIN	Geldinstitut
IBAN	BIC
Familienstand	Verheiratet/Verwitwet seit

## Persönliche Angaben Ehegatte

Familienname (ggf. Geburtsname)	Vorname
Straße und Hausnummer (inkl. Anschriftenzusatz)	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort, -land.
Versicherungsnummer (gem. Sozialvers.Ausweis)	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja/Grad: <input type="checkbox"/> nein
Religion	
Steuernummer	Identifikationsnummer
Staatsangehörigkeit	Beruf
Telefon	Telefax
Mobil	E-Mail
eTIN	Geldinstitut
IBAN	BIC
Familienstand	Verheiratet/Verwitwet seit

# Mandantenfragebogen

Name:

Nummer:



ANDREA  
JOHN  
STEUERKANZLEI

Dipl.-Betriebswirtin (FH) - Steuerberaterin  
Marktstraße 47, 83646 Bad Tölz  
Tel +49 (0) 8041-7940498  
Fax +49 (0) 8041-7964235  
E-Mail: kanzlei@stb-john.de

## Persönliche Angaben Kind

Familienname	Vorname
Straße und Hausnummer (inkl. Anschriftenzusatz)	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort, -land.
Versicherungsnummer (gem. Sozialvers.Ausweis)	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja/Grad: <input type="checkbox"/> nein
Religion	
Steuernummer	Identifikationsnummer

## Persönliche Angaben Kind

Familienname	Vorname
Straße und Hausnummer (inkl. Anschriftenzusatz)	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort, -land.
Versicherungsnummer (gem. Sozialvers.Ausweis)	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja/Grad: <input type="checkbox"/> nein
Religion	
Steuernummer	Identifikationsnummer

## Persönliche Angaben Kind

Familienname	Vorname
Straße und Hausnummer (inkl. Anschriftenzusatz)	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort, -land.
Versicherungsnummer (gem. Sozialvers.Ausweis)	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja/Grad: <input type="checkbox"/> nein
Religion	
Steuernummer	Identifikationsnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Steuerpflichtiger

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte