

Zur Vorlage an die

Steuerberaterkammer Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Ostseeallee 40
18107 Rostock



Zulassung zur Steuerberaterprüfung Arbeitgeberbescheinigung (§ 36 Abs. 3 StBerG i. V. m. § 4 Abs. 3 Nr. 3 DVStB)

I. Angaben zur Person

Name	
Vorname	Geburtsdatum

II. Angaben zur Tätigkeit

Name/Firma des Arbeitgebers:				
Anschrift des Arbeitgebers:				
Ort der Tätigkeit:				
Die Tätigkeit wird <input type="checkbox"/> im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses <input type="checkbox"/> als freie Mitarbeit ausgeübt.				
Das Vertragsverhältnis besteht/bestand vom _____ bis _____.				
Die vertragliche Arbeitszeit beträgt/betrug _____ Stunden pro Woche.				
Die Tätigkeit wurde durch längere Krankheit von nicht nur vorübergehender Dauer unterbrochen Zeit (von – bis) _____ _____				
Die/der Angestellte/Mitarbeiter(in) hat an folgenden Wochenlehrgängen teilgenommen: (Bitte geben Sie auch Lehrgänge an, die derzeit oder voraussichtlich künftig durchgeführt werden.)				
Zeit		Veranstalter	Thema	Umfang
von	bis			

III. Tätigkeitsgebiete

Für die Zulassung zur Steuerberaterprüfung ist eine praktische Tätigkeit auf dem Gebiet der von den Bundes- oder Landesfinanzbehörden verwalteten Steuern in einem Mindestumfang von 16 Wochenstunden erforderlich (§ 36 Abs. 3 StBerG).

Tätigkeitsgebiet	Wochenstunden
Erstellung der laufenden Buchhaltung	
Erstellung der Lohnbuchhaltung	
Kontierung von Belegen	
Erstellung von Steuererklärungen	
Steuerliche Mandantenberatung	
Erstellen/Prüfen von Steuerbilanzen	
Erstellen/Prüfen von Handelsbilanzen	
Prüfung nach Handelsrecht	
Erstellung von Lohnsteueranmeldungen	
Erstellung von Umsatzsteuervoranmeldungen	
Erstellung von Anträgen auf Investitionszulage	
Bearbeitung von Rechtsbehelfen	
Allgemeine Büroorganisation	
Organisation der Buchhaltung	
Rechtsberatung als Rechtsanwalt	
Ergänzungen/Erläuterungen	Wochenstunden
Summe der Wochenstunden:	
<input type="checkbox"/> Art und Umfang der o. g. Tätigkeiten wurden nur <u>zeitweise</u> erbracht (z. B. im Rahmen Jahresabschlüssen):	
Zeit	Anlass
von	bis

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben wird versichert.

Ort, Datum

Unterschrift einer/s Vertretungsberechtigten
Firmenstempel