

Vollmacht zur Mandatsübertragung

Mandanten Nr.



Hiermit bestätige/n ich/wir,

Name
Adresse

dass ich/wir die

NTSW Norddeutsche Treuhand GmbH
Steuerberatungsgesellschaft (im Folgenden kurz NTSW)

vertreten durch die jeweils einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer
Steuerberaterin Doreen Koitzsch und
Steuerberater und Wirtschaftsprüfer Gunnar Jürgens

ab _____ mit meiner/unserer steuerlichen Betreuung beauftragt haben.

Ich/wir möchte/n meinen/unseren bisherigen steuerlichen Berater, die / der
_____ bitten, der NTSW GmbH alle Unterlagen und Informationen, die sie
benötigt, um mich/uns steuerlich zu betreuen, zur Verfügung zu stellen.

Insbesondere sollten folgende Unterlagen und Informationen kurzfristig zur Verfügung gestellt werden,
soweit mir/uns diese noch nicht vorliegen:

- alle notwendigen Akten und Unterlagen,
- alle Informationen, insbesondere eine Datensicherung sämtlicher von Ihnen elektronisch gespeicherten Daten,
- den von der NTSW vorbereiteten DATEV-Übertragungsbeleg zu unterzeichnen oder den Logistikauftrag Online (LAO), damit ein reibungsloser Übergang gewährleistet ist.
- sonstige weitere Unterlagen*

Gleichzeitig widerrufen wir alle eventuell erteilten Vollmachten. Der Beraterwechsel und der Widerruf der Vollmachten gelten sowohl für alle unsere Unternehmen als auch für Privatpersonen, die bisher von Ihnen betreut worden sind.

Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit in der Vergangenheit und wünschen Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unseren neuen Berater.

*Kontenandruck der aktuellen Buchhaltung in Papierform oder als PDF-Datei, Kopien der letzten Steuerbescheide (Einkommensteuer, Gewerbesteuer, Umsatzsteuer), eine Kopie des letzten Jahresabschlusses mit Kontennachweis, eine Kopie des Anlagenverzeichnisses (mit Angaben zum Anschaffungszeitpunkt, Anschaffungskosten und Abschreibungsart), ggf. Kopien der Betriebsprüfungsberichte, Personalstammdaten und Abrechnungen der Mitarbeiter, Kopien der Prüfungsberichte zur Lohnsteuer oder Sozialversicherung

Ort, Datum

Unterschrift