Bundesamt für Sicherheit
im Gesundheitswesen

BASG
SMEA / Zentrale Fakturierung
Traisengasse 5, A-1200 Wien

Abgabenerklärung für 2011

gem. Medizinprodukteabgabenverordnung

Wenn Sie keine Medizinprodukte abgeben, müssen sie diese Abgabenerklärung nicht ausfüllen und eine Meldung an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen ist somit nicht erforderlich.

I. Allgemeine Angaben

Kundennummer:

Abgabenpflichtiger

Name/Firma*:

Straße*: Hausnummer*:

PLZ*: Ort*: Land*:

Tel: Homepage:

Fax: e-Mail:

FN Nr: Gewerberegister Nr:

ZVR Nr:

Anzahl Betriebsstätten in Österreich:

Ansprechperson (sofern nicht mit Abgabepflichtigen ident)

Herr/Frau: Titel:

Vorname*: Nachname*:

Tel*: Fax:

e-Mail:

* Bitte füllen Sie die rot markierten Felder (Mussfelder) aus.

II. Angaben betreffend Umsatzerlöse mit Medizinprodukten

A. Ich bin **nicht abgabenpflichtig** im Sinne des § 5 der Medizinprodukteabgabenverordnung

Bitte geben Sie die höchste Klasse gemäß Anlage der Medizinprodukteabgabenverordnung an:

gem. Anlage lit. a (Klasse I) der Medizinprodukteabgabenverordnung:

< 25.000,00 EUR *

gem. Anlage lit. b (Klasse II a, allgm. IVDs, IVDs zur Eigenanwendung) der Medizinprodukteabgabenverordnung:

< 30.000,00 EUR *

gem. Anlage lit. c (Klasse II b, IVDs Liste B) der Medizinprodukteabgabenverordnung:

< 35.000,00 EUR *

gem. Anlage lit. d (Klasse III, IVDs Liste A) der Medizinprodukteabgabenverordnung:

< 40.000,00 EUR *

Umsatzerlöse aller Klassen gesamt: EUR

§ 5 Medizinprodukteabgabenverordnung lautet:

Die nach § 3 zu entrichtende Abgabe kann auf Antrag des Abgabepflichtigen im Einzelfall entfallen, wenn die Umsatzerlöse mit Medizinprodukten im Sinne des § 232 Unternehmensgesetzbuch, dRGBl. S 219/1897 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 111/2010, im Verhältnis zur zutreffenden Abgabe gemäß der Anlage besonders gering sind. Dies liegt dann vor, wenn die Abgabenhöhe 1% des Umsatzerlöses mit Medizinprodukten übersteigt. Der Nachweis über das Vorliegen dieser Voraussetzung ist dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen vom Abgabenpflichtigen zu erbringen.

Anmerkung:

* Umsatzerlösgrenze

B. Ich bin **abgabenpflichtig** im Sinne der Medizinprodukteabgabenverordnung

Bitte beachten Sie, dass gem. § 3 Abs. 2 Verordnung, sofern mehrere Klassen betroffen sind, nur die jeweils **höchste** Medizinproduktabgabe zu entrichten ist.

gem. Anlage lit. a (Klasse I) der Medizinprodukteabgabenverordnung

x 250.- EUR = EUR*

x 25.- EUR = EUR*

gem. Anlage lit. b (Klasse II a, allgm. IVDs, IVDs zur Eigenanwendung) der Medizinprodukteabgabenverordnung

x 300.- EUR = EUR*

x 30.- EUR = EUR*

gem. Anlage lit. c (Klasse II b, IVDs Liste B) der Medizinprodukteabgabenverordnung

x 350.- EUR = EUR*

x 35.- EUR = EUR*

gem. Anlage lit. d (Klasse III, IVDs Liste A) Medizinprodukteabgabenverordnung

x 400.- EUR = EUR*

x 40.- EUR = EUR*

Endbetrag: EUR*

Sofern der Endbetrag höher ist als der Maximalbetrag, ist nur der Maximalbetrag von 2.000,00 EUR zu entrichten.

Maximalbetrag: EUR*

Anmerkungen:

* In der Abgabe ist keine abziehbare Vorsteuer enthalten

III: Bitte übermitteln Sie diese Selbstdeklaration

per Mail an:

medizinprodukteabgabe@ages.at

oder per Post an:

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
z.Hd. Abteilung SMEA/Zentrale Fakturierung
Traisengasse 5
A-1200 Wien

oder per Fax an:

national: 050 555 36119
international: 0043 50 555 36119

IV: Bitte überweisen Sie den Endbetrag / Maximalbetrag an folgende Bankverbindung:

Empfänger:	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
Bank:	BAWAG P.S.K.
Konto:	96051434
BLZ:	60000
IBAN:	AT846000000096051434
BIC/Swift:	OPSKATWW

Bitte geben Sie im Feld Kundendaten Ihre Kundennummer und als Verwendungszweck: „Medizinprodukteabgabe 2011“ an.

V: Erklärung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen **richtig** und **vollständig** gemacht habe. Mir ist bekannt, dass die Angaben überprüft werden und, dass unrichtige oder unvollständige Angaben rechtliche Konsequenzen haben. Sollte ich nachträglich erkennen, dass die vorstehende Erklärung unrichtig oder unvollständig ist, so werde ich das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen davon unverzüglich in Kenntnis setzen.

Ort:

Datum:

Unterschrift: