

Unternehmer*Dialog*

Telefon: 03641 488 884
www.volksbank-vor-ort.de

1. Ihr Unternehmen

| | | |
|--|---------------------------------|---------------------------|
| Gründungsdatum: <input type="text"/> | | |
| Straße: <input type="text"/> | | |
| Postleitzahl: <input type="text"/> | Ort: <input type="text"/> | |
| Telefon: <input type="text"/> | Mobil: <input type="text"/> | Fax: <input type="text"/> |
| E-Mail: <input type="text"/> | | |
| Homepage: <input type="text"/> | | |
| Wirtschafts-ID (bis zur Vergabe der Wirtschafts-ID hier bitte die Steuernummer angeben): <input type="text"/> | | |
| Verantwortlicher Steuerberater: <input type="text"/> | | |
| Telefon: <input type="text"/> | Anschrift: <input type="text"/> | |
| Bilanzsumme Vorjahr: <input type="text"/> | | |
| Jahresumsatz Vorjahr: <input type="text"/> | | |

2. Wie ist die Geschäftsleitung in Ihrem Unternehmen organisiert, welche Mitarbeiter sind für welche Aufgabengebiete verantwortlich?

| Name | Verantwortungsbereich | Ausbildung | Seit wann in dieser Position tätig? | Seit wann in der Branche tätig? |
|----------------------|--|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="text"/> | Geschäftsführer kaufmännischer Bereich | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Geschäftsführer technischer Bereich | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Finanzen | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Controlling | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Revision | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. Waren Mitglieder der Geschäftsleitung bereits von einem privaten oder betrieblichen Insolvenzverfahren betroffen oder haben sie eidesstattliche Versicherungen geleistet?

- Ja Name des Betroffenen
- Nein

4. Steuer-ID aller Verfügungsberechtigten

Bitte teilen Sie uns die Steuer-ID aller Verfügungsberechtigten mit.

| Name | Steuer-ID |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5. Die Zukunft Ihres Unternehmens kann durch unvorhersehbare Ereignisse gefährdet sein. Haben Sie eine Nachfolgeregelung bzw. eine Regelung, die den Unternehmensfortbestand sichert?

6. Wie viele Bankverbindungen unterhalten Sie?

Anzahl Kreditinstitute:

7. Nutzen Sie alternative Finanzierungsformen?

- Leasing
- Factoring
- Währungskredite
- andere

8. Welche Kreditlinie steht Ihnen bei den einzelnen Instituten zur Verfügung?

| Bank | KK-Linie (TEUR) |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

9. Was ist der für Ihr Unternehmen relevante Markt?

international
 national
 regional
 lokal

10. Wie bezeichnen Sie Ihre Marktstellung?

Marktführung

 geringe Marktdurchdringung

11. Wie viele direkte Wettbewerber haben Sie am Markt und wer sind die drei größten Konkurrenten?

Anzahl der Wettbewerber:

Drei größte Konkurrenten:

12. Worin sehen Sie gegenüber Ihren Wettbewerbern die besondere Stärke Ihres Unternehmens?

13. Welche Produktgruppen und/oder Dienstleistungen bieten Sie in Ihrem Unternehmen an?

14. Wird aktive Produktneu- und -weiterentwicklung betrieben?

Ja
 Nein

15. Wie viele Kunden haben Sie ca. insgesamt?

Anzahl:

16. Wie viele davon tätigen mindestens 1x im Jahr Umsätze?

%

17. Wer sind Ihre 3 größten Kunden/Umsatzanteil in Prozent?

%

%

%

18. Auf wie viele Kunden entfallen mindestens 50 % Ihres Umsatzes

Anzahl:

19. Welcher Anteil Ihres Umsatzes bzw. des Wareneinkaufes wird in Fremdwährung abgewickelt?

Umsatz: %

Wareneinkauf: %

20. Werden Kursrisiken aus Fremdwährungen abgesichert?

Ja

Nein

teilweise %

21. Wie viele Lieferanten haben Sie ca. insgesamt und auf wie viele Hauptlieferanten entfallen mindestens 50 % des Materialaufwands?

Anzahl insgesamt:

Anzahl 50 % Materialaufwand:

22. Wer sind die drei größten Zulieferer?

23. Wie viele Mitarbeiter beschäftigten Sie während des gesamten vergangenen Jahres?

Arbeiter , davon Teilzeit

Angestellte , davon Teilzeit

24. Was tun Sie um Ihre Mitarbeiter langfristig an das Unternehmen zu binden?

Betriebliche Altersvorsorge

Mitarbeiterbeteiligungen

Arbeitgeberdarlehen

Dienstwagen

andere

25. Besteht für Ihr Unternehmen eine Kostenstellen- und Kostenartenrechnung?

- Ja Nein

26. Besteht eine Vorkalkulation?

- Ja Nein

27. Besteht eine Nachkalkulation?

- Ja Nein

28. Wie steuern Sie unterjährig die betriebswirtschaftliche Entwicklung?

- BWA mit Summen- und Saldenliste
- incl. Abgrenzungen / Rückstellungen
 - incl. Abschreibungen AV
 - incl. Bestandsveränderungen
 - Zwischenabschluss

- anderes

29. Wie planen Sie das kommende Geschäftsjahr bzw. wichtige Investitionsentscheidungen?

- Bilanzplanung Finanz- und Liquiditätsplanung
- Ertragsplanung Investitionsplanung
- andere

30. Welche Investitionen planen Sie in den nächsten 12 Monaten?

31. Wie zeitnah erfolgt die Rechnungsstellung?

- max. 1 Monat nach Leistungserstellung
- 1 bis 2 Monate nach Leistungserstellung
- später

32. Wie haben Sie Ihre betrieblichen und persönlichen Risiken abgesichert?

| | Vorsorge bereits getroffen | Vorsorge soll getroffen werden | Vorhandene Vorsorge optimieren |
|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Feuer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betriebsunterbrechung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Produkthaftung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufshaftung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einbruch / Diebstahl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verkehrsrissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forderungsausfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rechtsstreit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Wie habe Sie die Risiken des Geschäftsführers bzw. Unternehmers abgesichert?

| | Vorsorge bereits getroffen | Vorsorge soll getroffen werden | Vorhandene Vorsorge optimieren |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Berufs- / Erwerbsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinterbliebenenabsicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankheit / Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erbschaftliche Risiken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D&O Haftpflicht für Unternehmer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. Wann erfolgte der letzte Versicherungs-Check?

35. Wie können wir unser Leistungsangebot Ihnen gegenüber noch verbessern?

Datum

Unterschrift