

Abgabenerklärung für 2017

gem. Medizinprodukteabgabenverordnung

ACHTUNG:

- Wenn Sie **KEINE** Medizinprodukte an Letztverbraucher abgeben, schicken Sie bitte in diesem Fall bitte ein formloses eMail an medizinprodukteabgabe@ages.at. Sie brauchen dann auch keine Abgabeerklärung ausfüllen.
- Es werden für die Medizinprodukteabgabe **KEINE** Rechnungen des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen ausgestellt. Bitte überweisen Sie den errechneten Betrag bis 30.6. auf das in IV angegebene Konto.
- Diese Abgabenerklärung gilt als Buchhaltungsbeleg

I. Allgemeine Angaben

<u>Abgabepflichtiger</u>		Kundennummer:
Name/Firma*:		
Straße*:		Hausnummer*:
PLZ*:	Ort*:	Land*:
Tel:	Homepage:	
Fax:	E-Mail:	
FN Nr:		
Anzahl Betriebsstätten:		
<u>Gewerbeberechtigungen/Berufsgruppen</u> <small>falls vorhanden Gewerberegister Nr.</small>	<small>falls vorhanden Gewerberegister Nr.</small>	
Augenoptiker	Orthopädietechniker	
Bandagist	Zahntechniker	
Drogist	Zahnarzt	
Hersteller/Händler	Augenarzt	
Hörgeräteakustiker	Tierarzt	
Kontaktlinsenoptiker	Arzt _____	
Kunststoffverarbeitung	Sonderanfertiger	
Mechatroniker f. med. Geräte	freie Medizinprodukteverordnung	
Orthopädieschuhmacher	Sonstige	
Apotheker		
<u>Ansprechperson</u> (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

Die Verpflichtung zur Leistung der im Wege der Selbsteinstufung ermittelte Abgabe gemäß der Anlage der Medizinprodukteabgabenverordnung kann gemäß § 5 Medizinprodukteabgabenverordnung entfallen, wenn die Umsatzerlöse mit Medizinprodukten im Verhältnis zur zutreffenden Abgabe besonders gering sind. Dies liegt dann vor, wenn die ermittelte Abgabenhöhe 1% des Umsatzerlöses mit allen Medizinprodukten übersteigt. Es gilt die jeweils höchste Abgabe, das bedeutet, dass je nach abgegebener Klasse des Medizinproduktes eine unterschiedliche Abgabenschwelle zu berücksichtigen ist. Bitte beachten Sie, dass die Umsatzerlösschwelle sich nur aufgrund der zutreffenden Abgabenhöhe gemäß der Anlage der Medizinprodukteabgabenverordnung bemisst und bei mehreren Betriebsstätten nicht ein kumulierter Betrag aus der Gesamtabgabenhöhe heranzuziehen ist.

Beispiel: Sie geben Produkte der Klasse I und der Klasse IIb ab und haben drei Betriebsstätten. Die zutreffende Abgabenhöhe gemäß der Anlage der Medizinprodukteabgabenverordnung ist somit die Abgabenhöhe für Medizinprodukte der Klasse IIb (350 EURO). Gemäß § 3 Abs. 3 der Medizinprodukteabgabenverordnung ist für die erste Betriebsstätte die volle Medizinprodukteabgabe zu entrichten, für jede weitere 50 Prozent der vorgesehenen entsprechenden Medizinprodukteabgabe. Daraus folgt, dass die Gesamtabgabenhöhe 700 EURO beträgt, die relevante die Umsatzerlösschwelle liegt jedoch nicht bei weniger als 70.000 Euro, sondern bei weniger als 35.000,00 Euro.

A. Ich bin **nicht abgabepflichtig** 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:

Umsätze im Jahr 2017 waren **unter 25.000,00 EUR**

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

Umsätze im Jahr 2017 waren **unter 30.000,00 EUR**

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

Umsätze im Jahr 2017 waren **unter 35.000,00 EUR**

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

Umsätze im Jahr 2017 waren **unter 40.000,00 EUR**

Umsatzerlöse aller Klassen gesamt:

EUR

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

Bitte beachten Sie, dass gem. § 3 Abs. 2 und Abs. 3 Medizinprodukteabgabenverordnung, sofern mehrere Klassen betroffen sind, nur die jeweils höchste Medizinproduktabgabe zu entrichten ist und sich für jede weitere Betriebsstätte die Höhe der entsprechenden Abgabe um jeweils 50 % erhöht.

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

x 250.- EUR = EUR*

x 125.- EUR = EUR*

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

x 300.- EUR = EUR*

x 150.- EUR = EUR*

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

x 350.- EUR = EUR*

x 175.- EUR = EUR*

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

x 400.- EUR = EUR*

x 200.- EUR = EUR*

Endbetrag: EUR*

Sofern der Endbetrag höher ist als der Maximalbetrag, ist nur der Maximalbetrag von 10.000,00 EUR zu entrichten.

Maximalbetrag: 10.000 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 GFEV
Traisengasse 5
A-1200 Wien

oder per Fax an:

national: 050 555 36119 od. 36129
international: 0043 50 555 36119 od. 36129

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

Empfänger: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
Bank: BAWAG P.S.K.
IBAN: AT84600000096051434
BIC/Swift: BAWAATWW

Bitte geben Sie im Feld Kundendaten Ihre Kundennummer und als Verwendungszweck:
„Medizinprodukteabgabe 2017“ an. Sollten Sie keine Kundennummer haben, geben Sie bitte den Namen
zzgl. Adresse an.

V: Fragen zur Medizinprodukteabgabe

Sollten Sie Fragen zur Medizinprodukteabgabe haben, richten Sie bitte Ihre Anfragen an:

Für rechtliche Fragestellungen: basg@basg.gv.at
Für verrechnungstechnische Fragestellungen: medizinprodukteabgabe@ages.at
Für fachliche Fragestellungen: medizinprodukte@ages.at

VI: 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: