

Verband Schweizer Coiffeurgeschäfte
Moserstrasse 52, PF 641, 3000 Bern 22
Tel. 031 335 17 00, mail@coiffuresuisse.ch
coiffuresuisse.ch

AHV- und Pensionskasse Coiffure & Esthétique
Wytttenbachstrasse 24, PF, 3000 Bern 22
Tel. 031 340 60 80, info113@ak34.ch
ahvpkcoiffure.ch

Anmeldeformular für Kapitalgesellschaften und Erfassungsbogen für die AHV-Kasse

(AG, GmbH, Genossenschaft)

Dem Anmeldeformular muss eine Kopie des Mietvertrages beigelegt werden!

Name, Vorname Geschäftsinhaber/in (HR Eintrag)

Name des Geschäfts _____
Rechtsform _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____
Drittadresse (z.B. Treuhand) _____

Art des Geschäfts Damensalon Herrensalon gemischt

Anzahl Bedienungsplätze _____

Haben Sie das Geschäfts neu eröffnet? ja nein

Haben Sie ein bestehendes Geschäft übernommen? ja, von: _____ nein

Datum Geschäftseröffnung bzw. -übernahme _____

Beschäftigen Sie Arbeitnehmende? ja, Anzahl: _____ nein

Betreiben Sie neben dem Hauptgeschäft Filialen? ja, Anzahl: _____ nein

Adresse, Datum Übernahme, Anz. Arbeitnehmende, Geschätzte Jahreslohnsumme:

Möchten Sie die Filiale/n über das Hauptgeschäft abrechnen? ja nein

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt ist und verpflichtet sich, nach definitiver Aufnahme bei **Coiffure Suisse**, allen Vorschriften und Beschlüssen des Zentralverbandes und der Sektion nachzuleben.

Ort und Datum

Firmenstempel und Unterschrift

Durch die Sektion auszufüllen

Stempel der Sektion

Ort und Datum

Zwei Unterschriften

Der Beitritt zu Coiffure Suisse hat automatisch den Anschluss an die Verbandsausgleichskasse Coiffure & Esthétique zur Folge. Ein Kassenwechsel wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege geleitet.

AHV-relevante Fragen

Zustelladresse für Korrespondenz

 Geschäftsadresse Drittadresse

Wer ist in Ihrem Betrieb zuständig für die Beiträge der AHV?

Sprache der Korrespondenz

 Deutsch Französisch Italienisch

Wie hoch schätzen Sie die auszuzahlende Lohnsumme (Brutto) der Arbeitnehmenden pro Jahr?

CHF _____

Zahlungsverbindung

Bankkonto / Postkonto

Name der Bank _____

Kto.-Inhaber _____

Postleitzahl / Ort _____

IBAN Nr. _____

Lastschriftverfahren (nur für AHV-Beitragsinkasso): ja nein**Familienausgleichskasse (FAK)**

Bei welcher Familienausgleichskasse haben Sie zuletzt FAK-Beiträge abgerechnet?

Anzahl Arbeitnehmende mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen: _____

Berufliche Vorsorge (BV)

Wünschen Sie für sich und/oder Ihre Angestellten einen Anschluss bei der verbandseigenen Pensionskasse Coiffure & Esthétique?

 ja, ich bitte um eine unverbindliche Offerte nein, die Mitarbeitenden sind bereits BV versichert

Name der Pensionskasse _____

Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!**Obligatorische Unfallversicherung (UVG)**

Name der Unfallversicherung _____

Police-Nr. _____

Bemerkungen:_____
