

Sektion (leer lassen) _____

Mitglied-Nr. (leer lassen) _____ // _____

Mitgl.-Nr. Verband

Mitgl.-Nr. AHV-Kasse

BEITRITTSERKLÄRUNG für Personengesellschaften

(Einfache Gesellschaft, Kollektiv- und Kommanditgesellschaft)

und

Erfassungsbogen zwecks Abklärung der Abrechnungs- und Beitragspflicht in der AHV/IV/EO/ALV/PK

Name des Geschäftes (Firmenbezeichnung) _____

Rechtsform *) _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____ @ _____

Drittadresse (z.B. Treuhand) _____

***) Kopie von HR-Auszug bzw. Partner-/Gesellschaftsvertrag beilegen (obligatorisch!)**

Art des Geschäftes

Damensalon

Herrensalon

gemischt

Anzahl Bedienungsplätze _____

Mwst-Nr. oder UID-Nr. _____

Haben Sie das Geschäft neu eröffnet?

ja

nein

→ Datum der Geschäftseröffnung: _____

Haben Sie ein bestehendes Geschäft übernommen?

ja

nein

→ Wenn ja, von wem? _____

Der Beitrittserklärung muss eine Kopie des Mietvertrages beigelegt werden!

Beschäftigen Sie Arbeitnehmer/innen?

ja

nein

Wenn ja, wie viele?

Anzahl

Anzahl

Gelernte Coiffeusen/Coiffeure (Vollzeit)		Teilzeitbeschäftigte	
Lernende			
Andere (Praktikanten, Réceptionisten, usw.)		Total (ohne Betriebsinhaber)	

(Kopien der AHV-Versicherungsausweise beilegen bzw. Arbeitnehmer/innen anmelden!)

Betreiben Sie neben dem Hauptgeschäft Filialen?

ja

nein

Wenn ja, Anzahl und Adresse/n der Filiale(n) _____

Adresse	Datum Übernahme	Anz. Arbeitnehmer	Geschätzte Jahreslohnsumme

Bei Beschäftigung von Arbeitnehmer/innen ausserhalb des Hauptsitzes ergänzen Sie bitte die voraussichtliche Lohnsumme (brutto) pro Jahr und Filiale bei vorgenannter Frage zu den Filialen.**Erklärung:**

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt ist und verpflichtet sich, nach definitiver Aufnahme bei **coiffureSUISSE**, 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_____
2 Unterschriften**Beilagen: gültiger Mietvertrag, HR-Auszug bzw. Partner-/Gesellschaftsvertrag, Kopien aller AHV-Versicherungsausweise, ev. PK- Anschlussvereinbarung**

AHV-relevante Fragen:

Zustelladresse für Korrespondenz:	Geschäft	Drittadresse	
Wer ist in Ihrem Betrieb zuständig für die Belange der AHV:	_____		
Sprache der Korrespondenz	Deutsch	Französisch	Italienisch

Teilhaber/Gesellschafter des Betriebes: Anzahl: _____

Name/Vorname	AHV-Nr. oder Geburtsdatum	Adresse privat
1)		
2)		
3)		

Wie wünschen Sie die Aufteilung des Reingewinns pro Teilhaber und Geschäftsjahr:

1)	Fr. _____
2)	Fr. _____
3)	Fr. _____

Wie hoch schätzen Sie die auszuzahlende Lohnsumme (brutto) der Arbeitnehmer/innen pro Jahr:

Fr. _____

Wie hoch schätzen Sie die Bruttoeinnahmen (Umsatz) in Fr. durchschnittlich pro Monat:

Fr. _____

Wie hoch schätzen Sie den voraussichtlichen Reingewinn des ersten Geschäftsjahres?

Fr. _____

Wünschen Sie die AHV-Beiträge monatlich oder quartalsweise einzuzahlen?

(Bei Lohnsummen über Fr. 200'000.-- pro Jahr werden die Beiträge von Gesetzes wegen monatlich in Rechnung gestellt).

monatlich

quartalsweise

Haben Sie diesen Betrieb bereits bei einer anderen AHV-Ausgleichskasse angemeldet?

ja

nein

➔ **Wenn ja, Name der AHV-Ausgleichskasse:** _____

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

Zahlungsverbindung:

Bankkonto

Name der Bank _____

PLZ, Ort _____

Kontoinhaber _____ Konto-Nr. _____

IBAN-Nr. _____ Clearing-Nr. _____

Postkonto

Postkonto-Nr. _____ Konto-Inhaber _____

Lastschriftenverfahren:

(nur für AHV-Beitrags-Inkasso)

ja

nein

Familienausgleichskasse (FAK)

Bei welcher Familienausgleichskasse haben Sie zuletzt FAK-Beiträge abgerechnet? _____

➔ Anzahl Arbeitnehmer/innen mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen _____

Berufliche Vorsorge (BV)

Wünschen Sie für sich und/oder Ihre Angestellten einen Anschluss bei der verbandseigenen Pensionskasse

Pensionskasse Coiffure & Esthétique

Ja, ich bitte um eine unverbindliche Offerte

Nein, meine Mitarbeiter/innen sind bereits BV-versichert

Name der Pensionskasse: _____

Police-Nr. _____

Adresse: _____

Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!

Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

Name der Unfallversicherung: _____

Police-Nr.: _____

Adresse: _____

Bemerkungen:

