

Sezione (lasciar vuoto) _____

Membro no. (lasciar vuoto)

_____ // _____
Membro no. Associazione

Membro no. Cassa AVS

DICHIARAZIONE D'ADESIONE per società di capitali**(SA, Sarl. consorzi)****e****Modulo di registrazione per chiarire l'obbligo di calcolo e di contribuzione per l'AVS/AI/IPG/AD/CP**

Nome della società (secondo la registrazione _____

nel registro di commercio*) _____

Forma giuridica: _____

Strada _____

NPA/località _____

Telefono _____

Telefax _____

E-mail _____

Indirizzo di terzi (ad es. fiduciaria) _____

*) Allegare l'estratto del registro di commercio (obbligatorio!)

Tipo d'esercizio

Salone per signora

per uomini

misto

Numero di posti _____

No. IVA oppure no. IDI _____

Ha aperto adesso il salone?

sì

no

→ Data dell'apertura: _____

Ha rilevato un salone già esistente?

sì

no

→ Se sì, da chi? _____

Alla dichiarazione d'adesione deve essere allegata una copia del contratto d'affitto!

Dà lavoro a dei dipendenti?

sì

no

Se sì, quanti?

no.

no.

Parrucchiere già formate		Impiegati a tempo parziale	
Apprendisti			
Altri (tirocinanti, ricezione, ecc.)		Totale (senza il titolare dell'impresa)	

(Allegare copie dei certificati d'assicurazione oppure annunciare i dipendenti!)

Oltre al salone principale, ha delle filiali?

sì

no

Se sì, numero e indirizzo delle filiali _____

Indirizzo	Data del rilevamento	No. dipendenti	Somma salariale annua stimata

Per l'impiego di dipendenti fuori della sede principale, vogliate per favore completare aggiungendo la somma salariale prevedibile (lorda) all'anno e per filiale.

La sua impresa è registrata nel registro di commercio?

sì

no

→ Se sì, prego allegare l'estratto del RC (obbligatorio).

Dichiarazione:

La/il sottoscritta/o conferma che il modulo sia stato completamente compilato e, dopo la definitiva registrazione dalla **coiffureSUISSE**, s'impegna a seguire e soddisfare tutte le disposizioni e decisioni dell'associazione principale e della sezione.

Luogo e data

Timbro e firma

Da compilare dalla sezione:

Timbro della sezione

Luogo e data

2 Firma

Allegati: valido contratto di locazione, copie dei certificati AVS, ev. accordo d'adesione CP, estratto registro del commercio

Domande rilevanti AVS:

Recapito per la corrispondenza:	Indirizzo d'ufficio	Indirizzo privato	Indirizzo di terzi
Chi è responsabile nella sua azienda per l'AVS:	_____		
Lingua di corrispondenza:	tedesco	francese	italiano

A quanto stimate l'importo del salario da pagare (lordo) all'anno per ogni dipendente:

Fr. _____

A quanto stimate la cifra d'affari (lordo) in Fr. e in media al mese?

Fr. _____

A quanto stimate il vostro presumibile reddito nel primo anno d'attività?

Fr. _____

Desiderate versare i contributi AVS al mese o al trimestre?

(Per somme salariali oltre i Fr. 200'000.-- all'anno, per legge i contributi vengono fatturati al mese).

al mese

al trimestre

Ha annunciato questo esercizio già presso un'altra Cassa di Compensazione AVS?

sì

no

→ **Se sì, nome della Cassa di Compensazione AVS:** _____

L'adesione alla **coiffure**SUISSE ha automaticamente come conseguenza l'adesione alla Cassa dell'associazione Coiffure & Esthétique. Un cambio di cassa viene avviato al prossimo momento possibile.

Presso quale cassa ha conteggiato per ultimo i contributi AVS/AI/IPG/AD?

Cassa di Compensazione: _____

come indipendente

come dipendente

senza attività lucrativa

Recapito per il pagamento:	
Conto bancario	
Nome della banca	_____
NPA, località	_____
Conto no.	_____ titolare conto _____
No. clearing	_____ no. IBAN _____
Conto postale	
Conto no.	_____ titolare conto _____
Procedimento d'addebito: (solo per i contributi AVS)	sì no

Cassa assegni familiari (CAF)

Presso quale Cassa d'assegni familiari ha calcolato l'ultima volta i contributi CAF?

→ Numero di dipendenti aventi diritto ad assegni familiari e di formazione:

Previdenza professionale (LPP)

Desidera per lei e/o per i suoi dipendenti un'adesione alla cassa pensione propria dell'associazione

Coiffure & Esthétique ?

Sì, vi prego di sottoporvi un'offerta non vincolante

No, i dipendenti sono già assicurati per LPP

Nome della cassa pensione:

Polizza no.

Indirizzo:

L'accordo d'adesione deve essere obbligatoriamente allegato!

Legge Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF):

Nome dell'assicurazione contro gli infortuni:

Polizza no.:

Osservazioni:
