

Sektion (leer lassen) _____

Mitglied-Nr. (leer lassen) _____

Mitgl.-Nr. Verband // Mitgl.-Nr. AHV-Kasse**BEITRITTSERKLÄRUNG für Kapitalgesellschaften**

(AG, GmbH, Genossenschaft)

und

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

Name des Geschäftes (gemäss _____

Handelsregister-Eintrag *) _____

Rechtsform _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Drittadresse (z.B. Treuhand) _____

*) HR-Auszug beilegen (obligatorisch!)

Art des Geschäfts

Damensalon

Herrensalon

gemischt

Anzahl Bedienungsplätze _____

Mwst-Nr. oder UID-Nr. _____

Haben Sie das Geschäft neu eröffnet?

ja

nein

Haben Sie ein bestehendes Geschäft übernommen?

ja

nein

→ Wenn ja, von wem? _____

Datum der Geschäftseröffnung bzw. -übernahme _____

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	

(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.

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

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, 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

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

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 **coiffure**SUISSE hat automatisch den Anschluss an die Verbandsausgleichskasse Coiffure & Esthétique zur Folge. Ein Kassenwechsel wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege geleitet.

PartnerWeb-Zutritt erwünscht?

ja nein

Dieser kostenlose Service ermöglicht es Ihnen, verschiedene Aufgaben via Internet schnell und einfach zu erledigen (Mitarbeitende anmelden, AHV-Ausweise bestellen, jährliche Lohnmeldungen usw). Details s. www.ahvpkcoiffure.ch

Zahlungsverbindung:

Bankkonto

Name der Bank _____

PLZ, Ort _____

Kontoinhaber _____ Konto-Nr. _____

IBAN-Nr. _____ Clearing-Nr. _____

Postkonto

Postkonto-Nr. _____ Kontoinhaber _____

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

Coiffure & Esthétique?

Ja, ich bitte um eine unverbindliche Offerte

Nein, die 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:
