

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 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 (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.

Möchten Sie die Filialen 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 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 hoch schätzen Sie den voraussichtlichen Reingewinn des ersten Geschäftsjahres?

Fr. _____

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. _____

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.

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. _____ 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 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:

