

Sektion (leer lassen) _____

Mitglied-Nr. (leer lassen) _____

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

und

Erfassungsbogen zwecks Abklärung der Abrechnungs- und Beitragspflicht in der AHV/IV/EO/ALV/PK**Name, Vorname des Geschäftsinhabers:** _____

Zivilstand: _____

Geburtsdatum: _____

AHV-Nummer des Geschäftsinhabers: _____

Name, Vorname und AHV-Nummer des/der _____

Ehegatten/in: _____

Geschäftsadresse:**Name des Geschäfts** (Firmenbezeichnung) _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Privatadresse:

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

Drittadresse: _____

z.B. Treuhand _____

Art des Geschäfts

Damensalon

Herrensalon

gemischt

Anzahl Bedienungsplätze _____**Mwst-Abrechnungsnummer** _____**Haben Sie das Geschäft neu eröffnet?**

ja

nein

→ Datum der Geschäftseröffnung: _____**Haben Sie ein bestehendes Geschäfts 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

Mitarbeitende Ehefrau/Ehemann		Gelernte Coiffeusen/Coiffeure (Vollzeit)	
Lernende		Teilzeitbeschäftigte	
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 hier die voraussichtliche Lohnsumme (brutto) pro Jahr und Filiale.

Ist Ihre Firma im Handelsregister eingetragen?

ja

nein

→ Wenn ja, bitte HR-Auszug beilegen (obligatorisch).

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, Kopien aller AHV-Versicherungsausweise, ev. PK Anschlussvereinbarung, Handelsregisterauszug

AHV-relevante Fragen:

Zustelladresse für Korrespondenz:	Geschäftsadresse	Privatadresse	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 pro Jahr:

Fr. _____

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

Fr. _____

Wie hoch schätzen Sie Ihr voraussichtliches Einkommen im ersten Geschäftsjahr?

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.

Bei welcher Kasse haben Sie zuletzt AHV/IV/EO/ALV-Beiträge abgerechnet?

Ausgleichskasse: _____

als Selbständigerwerbende/r

als Arbeitnehmer/in

als Nichterwerbstätige/r

Zahlungsverbindung:	
Bankkonto	
Name der Bank	_____
PLZ, Ort	_____
Konto-Nr.	_____ Kto-Inhaber _____
Clearing-Nr.	_____ IBAN-Nr. _____
Postkonto	
Postkonto-Nr.	_____ Kto-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, 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.: _____

Bemerkungen:
