

Section (laisser libre) _____

No membre (laisser libre) _____ // _____

No membre association

No membre caisse AVS

DÉCLARATION D'ADHÉSION pour sociétés de personnes

(société simple, collective et en commandite)

et

fiche de données en vue de clarifier l'obligation de décompter et de cotiser à l'AVS/AI/APG/AC/CP

Nom de l'entreprise (Dénomination) _____

Statut juridique *) _____

Rue _____

NPA/Lieu _____

Téléphone _____

Téléfax _____

E-Mail _____

Adresse tierce (p.ex. fiduciaire) _____

*) Joindre une copie de l'extrait du RC, resp. contrat de partenaire/de société (obligatoire !)

Genre d'entreprise	Salon p. dames	Salon p. hommes	mixte
Nombre de places	_____		
Numéro de décompte TVA	_____		
Avez-vous ouvert une nouvelle entreprise?	oui	non	
→ Date d'ouverture:	_____		
Avez-vous repris une entreprise existante?	oui	non	
→ Si oui, de qui?	_____		

Il est obligatoire de joindre une copie du contrat de location à la déclaration d'adhésion.

Employez-vous des salarié(e)s?

oui

non

Si oui, combien?

Nombre

Nombre

Coiffeuses/coiffeurs diplômé(e)s		Employé(e)s à temps partiel	
Apprenti(e)s			
Autres (stagiaires, réceptionnistes, etc...)		Total (sans propriétaire)	

(Joindre copies des certificats d'assurance AVS, resp. inscrire les salarié(e)s).

Exploitez-vous des succursales outre l'entreprise principale ?

oui

non

Si oui, nombre et adresse(s) de la/des succursale(s) _____

Adresse	Date de la reprise	Nombre de salarié(e)s	Estimation de la masse salariale annuelle

En cas d'occupation de salarié(e)s en-dehors du siège principal, veuillez compléter la masse des salaires probable (brute) par année et par succursale à la question sur les succursales, mentionnée ci-dessus.**Déclaration:**

Le/la soussigné(e) confirme que le formulaire est dûment rempli, conformément à la vérité, et qu'il/elle s'engage, après admission définitive auprès de **coiffureSUISSE**, à se conformer à toutes les prescriptions et décisions de l'association centrale et de la section.

Lieu et date_____
Cachet de l'entreprise et signature**A remplir par la section:**

Cachet de la section

Lieu et date_____
2 signatures**Annexes: contrat de location valable, extrait du RC, resp. contrat de partenaire /de société, copies de tous les certificats d'assurance AVS, évt. convention d'affiliation à la caisse de pensions**

Questions importantes pour l'AVS:

Adresse pour la correspondance:	Entreprise	Adresse tierce	
Qui est responsable pour les questions d'AVS dans votre entreprise?	_____		
Langue de correspondance :	allemand	français	italien

Associé(s) /sociétaire(s) de l'entreprise: Nombre: _____

Nom /prénom	No AVS ou date de naissance	Adresse privée
1)		
2)		
3)		

Comment désirez-vous la répartition du bénéfice net par associé et exercice comptable :

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

A combien évaluez-vous la masse des salaires (bruts) à verser par année aux salarié(e)s: Fr. _____

A combien évaluez-vous, en Fr., les recettes brutes (chiffre d'affaires) en moyenne par mois? Fr. _____

A combien évaluez-vous le bénéfice net probable durant le premier exercice? Fr. _____

Désirez-vous payer les cotisations AVS par mois ou par trimestre?
(Lorsque la masse des salaires est supérieure à Fr. 200'000.-- par an, les cotisations sont facturées mensuellement de par la loi).

par mois par trimestre

Avez-vous déjà inscrit cette entreprise auprès d'une autre caisse de compensation AVS? oui non

→ Si oui, nom de la caisse de compensation AVS : _____

L'adhésion à **coiffureSUISSE** entraîne automatiquement l'affiliation à la caisse de compensation de l'association Coiffure & Esthétique. Un changement de caisse sera entrepris le plus tôt possible.

Coordonnées bancaires ou postales :

Compte bancaire

Nom banque _____

NPA/Lieu _____

Titulaire _____ No compte _____

No IBAN _____ No clearing _____

Compte postal

No compte _____ Titulaire _____

Système de recouvrement direct:
(seulement pour les cotisations AVS)

oui

non

Caisse d'allocations familiales (CAF)

Après de quelle caisse d'allocations familiales avez-vous décompté les cotisations CAF en dernier? _____

→ Nombre de salarié(e)s ayant droit aux allocations p. enfants-/ de formation : _____

Prévoyance professionnelle (LPP)

Désirez-vous, pour vous ou pour vos employé(e)s, une affiliation à la propre caisse de pensions de l'association Coiffure & Esthétique ?

Oui, prière de me faire parvenir une offre sans engagement

Non, mes collaborateurs/trices sont déjà assuré(e)s à la LPP

Nom de la caisse de pensions: _____

No de police: _____

Adresse: _____

Il est obligatoire de joindre la convention d'affiliation.

Assurance-accident obligatoire (LAA):

Nom de l'assurance-accident: _____

No de police: _____

Adresse: _____

Remarques:

