

**Sezione** (lasciar vuoto) \_\_\_\_\_**Membro no.** (lasciar vuoto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_  
Membro no. Associazione

Membro no. Cassa AVS

**DICHIARAZIONE D'ADESIONE per società di capitali****(SA, Sarl.žconsorzi)****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 signor^

per uomini

misto

**Numero di posti** \_\_\_\_\_**No. IVA oppure no. IDI** \_\_\_\_\_**Ha aperto adesso il salone?**

sì

no

**Ha rilevato un salone già esistente?**

sì

no

**→ Se sì, da chi?** \_\_\_\_\_**Data d'apertura o del rilevamento** \_\_\_\_\_**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.)		<b>Totale (senza il titolare dell'impresa)</b>	

(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.**

**Desidera il conteggio della filiale tramite azienda principale?**

sì

no

**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:**

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

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

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.

**Ammissione al PartnerWeb desiderato?**

sì

no

Questo servizio gratuito le rende possibile di sbrigare rapidamente e semplicemente diversi compiti (notifica dei collaboratori, comandare i certificati AVS, gli annunci annuali dei salari, ecc.). Vedi ulteriori dettagli cliccando [www.ahvpkcoiffure.ch](http://www.ahvpkcoiffure.ch).

<b>Recapito per il pagamento:</b>		
<b>Conto bancario</b>		
Nome della banca	_____	
NPA, località	_____	
Conto no.	_____	
Titolare conto	_____	
No. clearing	_____	
No. IBAN	_____	
<b>Conto postale</b>		
Conto no.	_____	
titolare conto	_____	
<b>Procedimento d'addebito:</b> (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 sottoporre 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.:

\_\_\_\_\_

Indirizzo:

\_\_\_\_\_

### **Osservazioni:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_